

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 4 juin 1896 à 1 heure

PAR ALFRED DEZANNEAU

Né à Angers le 16 août 1868
Ancien externe des hôpitaux
Médaille de bronze de l'Assistance publique

DU

RHUMATISME BLENNORRHAGIQUE

ET DE SON TRAITEMENT.

Président . M. BOUCHARD, professeur.

*Juges : MM. | DEBOVE, professeur.
 | ACHARD, WURTZ, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, Rue Racine, 15

1896

314

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL		
Professeurs	MM.		
Anatomie	FARABEUF.		
Physiologie	CH. RICHET.		
Physique médicale.	GARIEL.		
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.		
Histoire naturelle médicale.	N.		
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.		
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.		
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.		
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.		
Histologie.	CORNIL.		
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.		
Pharmacologie.	TERRIER.		
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.		
Hygiène.	LANDOUZY		
Médecine légale.	PROUST.		
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.		
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.		
	STRAUS.		
	G. SEE.		
Clinique médicale.	POTAIN.		
	JACCOUD.		
	HAYEM.		
	GRANCHER.		
Maladie des enfants.	JOFFROY.		
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.		
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.		
Clinique des maladies du système nerveux.	TILLAUX.		
	BERGER.		
Clinique chirurgicale.	DUPLAY.		
	LE DENTU.		
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.		
Clinique ophthalmologique.	PANAS.		
Clinique d'accouchements.	TARNIER.		
	PINARD.		
Professeurs honoraires.			
MM. SAPPEY, PAJOT.			
Agrégés en exercice.			
MM.			
ACHARD	GAUCHER	MARIE	SEBILEAU
ALBARRAN	GILBERT	MÉNÉTRIÉR	THIERRY
ANDRE	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER.	TUFFIER
BONNAIRE	GLEY	POIRIER, chef des	VARNIER
BROCA	HARTMANN	travaux anatomi-	WAETHER
CHANTEMESSE	HEIM	ques.	WEISS
CHARRIN	LEJARS	RETTÉTER	WIDAL
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD	WURTZ
DELBET	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON VÉNÉRÉ PÈRE

LE DOCTEUR DEZANNEAU

Professeur de clinique chirurgicale à l'école de médecine d'Angers

Membre correspondant de l'Académie de médecine de Paris

Le meilleur des pères et le meilleur des maîtres

A MA MÈRE

A MES SŒURS, A MES FRÈRES

A LA MÉMOIRE DE MON EXCELLENT MAÎTRE

M. LE PROFESSEUR FARGE

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE D'ANGERS

A MA FAMILLE

A MES AMIS

DEZANNEAU

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

M. LE DOCTEUR MICHAUX

Chirurgien des hôpitaux

M. LE DOCTEUR RENDU

Médecin de l'hôpital Necker (Années 1892 et 1896)

M. LE DOCTEUR BALZER

Médecin de l'hôpital Ricord (Années 1893-94, 1896)

M. LE DOCTEUR PORAK

Accoucheur des hôpitaux Lariboisière, 1894

M. LE DOCTEUR RIGAL

Médecin de l'hôpital Beaujon (Années 1894-95)

Témoignage de respectueuse affection et profonde reconnaissance

A MES AUTRES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MM. CHARRIN, GIRODE, GALLIARD, LENOIR

A M. HARTMANN

Chirurgien des hôpitaux

CHATELAIN ÉMILE

A LA MÉMOIRE DE MON AMI BIEN AIMÉ

CHATELAIN ÉMILE

ÉMILE RICHARD

Externe des hôpitaux. Mort à Paris le 24 mai 1895

A MON VÉNÉRÉ MAÎTRE

M. LE PROFESSEUR BOUCHARD

Commandeur de la Légion d'honneur

Membre de l'Institut

Membre de l'Académie de médecine

Professeur de pathologie et thérapeutique générales à la Faculté

Médecin de la Charité

*Que cet éminent maître nous permette de lui adresser ici l'expression de
notre respectueuse affection, et nos sincères remerciements pour l'honneur
qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.*

DU
RHUMATISME BLENNORRHAGIQUE
ET DE SON TRAITEMENT

INTRODUCTION

Il nous fut donné cette année d'assister à une magistrale leçon de notre éminent maître M. Rendu sur le rhumatisme blennorrhagique et son traitement. A cette occasion, nous revint à l'esprit le souvenir d'une excellente année d'externat passée à l'hôpital du Midi, dans le service de M. Balzer, et de l'intérêt que nous avons pris à l'étude des maladies vénériennes. Nous rappelant aussi le grand nombre de malades atteints de rhumatismes blennorrhagiques que nous avons eu l'occasion d'observer dans le cours de nos études médicales, l'idée nous vint de prendre pour sujet de notre thèse l'étude du traitement de cette affection.

Nos maîtres MM. Rendu et Balzer nous encouragèrent vivement à exécuter notre projet et mirent à notre disposition avec la plus grande bienveillance les documents et les observations dont ils disposaient; nous les en remercions bien sincèrement.

Notre intention n'est pas de faire une étude complète du rhumatisme blennorrhagique et de son traitement. Ce vaste sujet soulève des questions extrêmement nombreuses, importantes et intéressantes; et ces différentes questions ont fait l'objet de travaux extrêmement nombreux, dont quelques-uns très remarquables sont dus à des maîtres éminents.

Notre but des plus modestes est d'attirer l'attention sur quelques points du traitement du rhumatisme blennorrhagique : tels que l'importance du traitement de l'uréthrite, les bons résultats obtenus par un mode de traitement local encore peu répandu, le bain térébenthiné et la discussion des indications du traitement chirurgical.

Dans nos deux premiers chapitres nous parlerons de l'étiologie, des formes cliniques et de la pathogénie du rhumatisme blennorrhagique, car nous pensons qu'il y a des considérations étiologiques et pathogéniques qu'on ne doit jamais perdre de vue lorsqu'on aborde la question du traitement.

Ensuite nous aborderons successivement le traitement général, le traitement local et le traitement chirurgical de l'affection qui nous occupe; et nous exposerons en finissant nos observations, nos conclusions et notre bibliographie.

CHAPITRE PREMIER

ÉTIOLOGIE ET FORMES CLINIQUES.

Étiologie. — Le rhumatisme blennorrhagique est un rhumatisme infectieux, il n'est peut-être pas toujours uniquement gonococcique, mais la blennorrhagie est toujours la principale cause qui préside à son développement.

Le rhumatisme blennorrhagique se rencontre aussi bien chez la femme que chez l'homme ; mais il est plus fréquent chez l'homme. La forme mono-articulaire serait plus souvent observée chez la femme que chez l'homme (1).

L'arthrite blennorrhagique a été observée à tout âge, on la voit même chez les enfants.

Sur 47 cas de blennorrhagie chez des enfants des deux sexes, Moncorvo a vu 15 cas d'arthrite ; sur 12 de ces cas, il y avait 9 filles et 3 garçons.

« L'ophtalmie purulente est aussi fréquente chez les garçons que chez les filles ; mais comme la fréquence de la vulvo-vaginite des petites filles l'emporte sur celle de

1. Brun, Auvergniot.

l'urétrite des petits garçons, cela explique la différence (Chaumier) (1).

Sur 23 observations de Vignaudon (2) (cité par Chaumier), le genou a été pris 11 fois, le poignet 8, le cou de pied 7 fois, les articulations métacarpo-phalangiennes 3 fois, la première articulation cunéo-métatarsienne une fois.

Pour l'étude de l'arthrite blennorrhagique chez l'enfant, nous citerons les travaux de Koplik, Cahen-Brach, Béclère, Philpot, Guinon, Richardière, Moncorvo, Vignaudon, Lucas, Widmark, Darier, Wiederhofer, Deutschmann, Lindermann, Morax, Chaumier, etc.

Après avoir examiné la part du sexe et de l'âge dans l'étiologie du rhumatisme blennorrhagique, il convient d'étudier l'influence de divers agents et de différentes conditions.

Le froid, l'humidité, le traumatisme, favorisent le développement de l'arthrite blennorrhagique. D'après MM. Duplay et Brun (3), il en serait de même de la fatigue professionnelle.

Les rapports sexuels surtout s'ils sont pratiqués avec excès ont une influence marquée sur le développement du rhumatisme blennorrhagique, et M. le professeur Fournier l'a plus d'une fois constaté (4). D'ailleurs on pour-

1. Chaumier de Tours. *Études de clinique infantile*, 1895.

2. Vignaudon. *L'arthropathie blennorrhagique chez l'enfant. Revue des maladies de l'enfance*, mai 1895.

3. Brun. Thèse de Paris, 1880.

4. Observations I et II de la thèse de Amaral.

rait en dire autant des excès alcooliques et des excès de tous genres.

L'influence des diathèses est aujourd'hui considérée comme de peu de valeur ; Gueneau de Mussy l'admettait et M. Peter prétendait même que la blennorrhagie ne faisait que réveiller la diathèse rhumatismale. Le contraire a été démontré par les travaux de Tixier (1), de Fournier et Lorain, etc... Actuellement encore, quelques auteurs pensent que la diathèse rhumatismale favorise le développement de l'arthrite blennorrhagique.

D'ailleurs on sait que la blennorrhagie n'a pas la propriété de faire apparaître le rhumatisme chez les rhumatisants, et M. le professeur Bouchard fait remarquer qu'il est rare qu'un homme qui a déjà souffert du rhumatisme articulaire aigu en dehors de toute blennorrhagie contracte une seconde attaque à l'occasion de cette affection, et cette assertion peut être vérifiée dans quelques cas.

Des observations nombreuses et récentes semblent démontrer de plus en plus que le rhumatisme blennorrhagique est une des manifestations de l'infection générale par le gonocoque, et nous insisterons plusieurs fois sur ce point.

Les rapports du rhumatisme blennorrhagique avec l'uréthrite sont encore actuellement impossibles à préciser. De nouvelles recherches seront nécessaires pour établir les relations qui existent entre le rhumatisme et l'écoulement, ce dernier considéré au point de vue de sa quan-

1. Tixier, thèse de Paris, 1866.

tité, de sa durée, de sa disparition et sa richesse en gonocoques.

On croit pouvoir affirmer en ce moment qu'il n'y a pas de rapport constant entre l'intensité de l'urétrite et l'intensité des phénomènes rhumatismaux, et nos maîtres MM. Rendu (1) et Balzer sont de cet avis. D'ailleurs il ne faut pas oublier que l'état de l'urèthre lui-même n'est pas en rapport avec l'abondance de l'écoulement ; de ce que l'écoulement est moins prononcé, on ne peut conclure absolument à une amélioration des parois de l'urèthre.

Quant aux rapports qui existent entre le début de l'arthrite et le début de la blennorrhagie, on ne peut pas être complètement affirmatif. M. Balzer a observé des faits dans lesquels le rhumatisme s'était développé dès les premiers jours de la blennorrhagie uréthrale, et l'on conçoit, en effet, que l'infection générale puisse être très précoce et se produire dès que le gonocoque entame la muqueuse. Nous pouvons citer comme exemple l'observation publiée par MM. Balzer et Lacour (Congrès de dermatologie de Lyon, septembre 1894).

Ordinairement, ce n'est pas à la période initiale qu'apparaissent les accidents, c'est le plus souvent quinze jours ou trois semaines après le début de l'infection ; mais on peut dire que l'arthrite se montre à toutes les périodes de la blennorrhagie. Rappelons à ce propos qu'il y a des malades chez lesquels, à chaque poussée d'urétrite, le rhumatisme réparaît, ce qui prouve combien certains terrains sont favorables à la diffusion du gonocoque.

1. Rendu. Leçon clinique, mars 1896.

De plus, d'après les faits publiés par Amaral, il semblerait que la précocité des arthrites par rapport au début de la blennorrhagie s'accroît avec le nombre des attaques. Disons dès maintenant que l'urétrite n'est pas nécessaire, on a vu des arthrites blennorrhagiques succéder à d'autres localisations gonococciques, à des vulvo-vaginites, à des conjonctivites (nous en citerons des cas dans notre chapitre suivant) et même à des balanites; Macaigne et Finet (1) ont observé un cas de synovite gonococcique secondaire à une balanite gonococcique sans urétrite. Cependant dans l'immense majorité des cas, les accidents rhumatismaux succèdent à l'urétrite blennorrhagique.

Nous n'insisterons point sur la symptomatologie de l'arthrite blennorrhagique maintenant parfaitement connue et décrite. Nous citerons dans les anciens travaux les mémoires de Foucart (1846), de Ravel (1858), de Vidard (1875) et la magistrale description donnée par M. le professeur Fournier dans son mémoire de 1867. Plus récemment les travaux de MM. Bouilly, Brun, Talamon, Lagrange, Audry, Filippi, Balzer, Jacquet, Jeanselme, Widal, etc..., sont venus compléter l'étude des symptômes de cette affection.

Formes cliniques. — Au point de vue clinique le rhumatisme blennorrhagique affecte deux formes : la mono-articulaire et la poly-articulaire. Chacune de ces formes présente différentes variétés ; d'ailleurs ces deux types présentent des symptômes communs et il faut admettre des formes mixtes ou intermédiaires.

1. Macaigne et Finet. Société anatomique. Paris, Juin 1894.

LE TYPE MONO-ARTICULAIRE frappe ordinairement de préférence le genou, le coude, et le poignet.

L'arthrite mono-articulaire peut se présenter sous une apparence bénigne avec seulement des douleurs articulaires et péri-articulaires assez vives s'exagérant par le mouvement et la pression, *c'est la forme arthralgique*, souvent très ténace. D'ailleurs cette variété peut très bien n'être que le début d'une forme plus grave aussi bien mono-articulaire que poly-articulaire.

Dans la variété arthralgique, l'arthrite n'existe qu'à un degré minime.

Il n'en est pas de même des trois variétés que nous allons décrire : ces trois variétés représentent trois modes très différents d'évolution du type mono-articulaire ; ce sont : *l'hydarthrose*, *l'arthrite aiguë plastique ankylosante* et *l'arthrite purulente*.

L'hydarthrose peut avoir un début insidieux. L'épanchement d'abondance variable, s'établit assez vite, tantôt sans s'accompagner de rougeur et de tuméfaction de la peau, tantôt au contraire accompagné de ces phénomènes. La résolution s'opère plus ou moins lentement, mais elle est la règle. Cette forme présente une indolence relative.

La mono-arthrite aiguë plastique ankylosante qui succède quelquefois à la forme précédente, a été bien étudiée et bien décrite par Brun (1), par Nicaise, etc.

La douleur s'observe au début ; même spontanée elle

. Brun. Thèse de Paris, 1881.

est vive et tenace surtout la nuit; la pression et les mouvements l'exaspèrent considérablement.

La tuméfaction se présente avec des caractères très particuliers, elle s'établit rapidement, s'étend, infiltre les tissus articulaires, le périoste et même les extrémités osseuses. La peau est œdématisée, rouge et enflammée. L'œdème a été appelé dans ce cas œdème pseudo-phlegmoneux. Une de nos malades, observée dans le service de M. Rendu, est entrée à l'hôpital parce qu'elle se croyait atteinte d'un phlegmon du dos de la main; en réalité elle était munie d'une arthrite blennorrhagique aiguë avec œdème pseudo-phlegmoneux.

L'absence de fluctuation vraie et de tuméfaction des ganglions aide à faire le diagnostic.

Comme dans la forme précédente, la température générale s'élève rarement, la température locale au contraire est élevée.

Cette variété d'arthrite peut se terminer de deux façons bien différentes : le plus souvent, quand un traitement actif est institué de bonne heure, la résolution se produit, très lentement il est vrai, mais enfin la jointure finit par reprendre peu à peu ses fonctions. D'autres fois, l'ankylose survient et même se produit quelquefois très rapidement. Très souvent on observe assez promptement des atrophies musculaires ou des troubles trophiques divers.

L'*arthrite purulente* est rare, elle débute par des frissons, de la fièvre avec élévation de la température générale. La région articulaire et péri-articulaire est le siège d'un énorme gonflement avec rougeur de la peau et élé-

vation de la température locale. Le liquide articulaire est d'apparence louche, plutôt séro-purulent que franchement purulent, épais et visqueux.

Aujourd'hui, on est disposé à admettre la proposition suivante : si l'arthrite purulente blennorrhagique se présente sous l'aspect que nous venons de décrire, elle est due au gonocoque, si l'arthrite est franchement purulente, elle est le résultat d'infections associées.

Cette variété d'arthrite guérit le plus souvent, mais ordinairement pas sans intervention; elle peut aussi se terminer par ankylose.

On a cru pendant longtemps que le type mono-articulaire était sinon la caractéristique du rhumatisme blennorrhagique du moins sa forme la plus fréquente. Aujourd'hui, avec raison on le considère comme plus rare que le type poly-articulaire.

Le type poly-articulaire serait plus justement dénommé rhumatisme oligo-articulaire, suivant l'expression de M. Besnier, car le nombre des articulations prises est toujours moins grand que dans le rhumatisme ordinaire. Souvent c'est le genou qui est pris le premier, puis le coude et le poignet, ou bien c'est l'une de ces deux dernières articulations qui débute. Les jointures sont atteintes successivement. La douleur, le gonflement et la déformation des jointures sont très variables. La fièvre et l'élévation de la température générale sont plus fréquentes que dans le rhumatisme mono-articulaire. Souvent le rhumatisme blennorrhagique poly-articulaire s'accompagne d'un mauvais état général qui conduit à une sorte d'anémie ou de cachexie blennorrhagique.

Presque toutes les articulations peuvent être prises. Le genou, le coude, le poignet, l'articulation tibio-tarsienne et l'articulation scapulo-humérale sont souvent touchées. Le rhumatisme des petites articulations est assez fréquent et très tenace, il touche celles du tarse du métatarse, du carpe du métacarpe. On l'a vu siéger aux articulations sterno-claviculaires, temporo-maxillaires, vertébrales à la chaîne des osselets de l'oreille et enfin aux articulations du larynx (Fournier).

Dans le rhumatisme poly-articulaire, l'arthrite peut se présenter sous des différentes formes que nous avons décrites dans le type mono-articulaire.

Le type poly-articulaire présente aussi à étudier trois variétés. Une forme arthralgique, une forme de poly-arthrite subaiguë, enfin la forme de poly-arthrite déformante progressive, encore appelée forme noueuse ou pseudo-goutteuse.

La forme arthralgique bénigne, mais s'accompagnant de douleur vive n'est souvent que le début d'une forme plus sérieuse, nous en avons déjà parlé à propos du rhumatisme mono-articulaire.

La poly-arthrite subaiguë est relativement indolente. Les douleurs sont peu aiguës, la tuméfaction et la réaction inflammatoires ont une intensité très variable ; le plus souvent la guérison est complète ; quelquefois il reste une impotence fonctionnelle marquée. Dans cette variété on observe quelquefois l'hydarthrose siégeant à l'une des articulations atteintes et on a ainsi affaire à une forme mixte.

La poly-arthrite déformante progressive noueuse ou

pseudo-goutteuse (Fournier, De Amaral) peut simuler le rhumatisme des goutteux (Besnier). C'est une forme grave avec tendance caractéristique à la chronicité. Un grand nombre de jointures peuvent être prises et la tuméfaction péri-articulaire peut être considérable. Cette variété aboutit assey souvent à l'immobilisation des membres dans des attitudes vicieuses, et à l'impotence fonctionnelle, par suite des rétractions fibreuses et tendineuses, des atrophies musculaires et des déformations des extrémités osseuses.

Nous dirons quelques mots de certaines manifestations rhumatismales d'origine blennorrhagique qui peuvent exister seules, mais qui accompagnent très fréquemment les arthrites. Ce sont des synovites tendineuses des hygromas, des périostites, des névralgies.

Les *synovites tendineuses* s'observent à tous les degrés, tantôt c'est seulement un peu de douleur dans les mouvements. D'autrefois il y a un gonflement énorme très rebelle et très douloureux; ces inflammations des gaines tendineuses sont très fréquentes (Mauriac, Maymou, Fournier, etc.). La présence du gonocoque y a été constatée (Howitz, Tollemer et Macaigne) (1).

Ces synovites siègent le plus souvent au poignet, au dos de la main, à la gaine du fléchisseur du pouce, des fléchisseurs du pied, des péroniers latéraux, des muscles de la patte d'oie, des muscles scapulo-huméraux.

Les *bourses séreuses* les plus souvent atteintes sont les bourses séreuses olécrânienne, pré-rotulienne, et rétro-calcanienne.

1. Tollemer et Macaigne. Société anatomique de Paris, *Revue de médecine*, novembre 1893.

Des *périostites épiphysaires* et des douleurs osseuses ont été observées par Fournier, Mauriac, Ozenne, Jaquet.

Les *névralgies* sont assez fréquentes. M. le professeur Fournier les a observées 6 fois sur 39 cas. La névralgie sciatique est la plus fréquente, elle est rebelle et récidivante; elle a été étudiée par MM. Fournier, Diday, Jullien, Coutagne, Brisson, Galliard, etc. Les névralgies crurales et intercostales sont plus rares. Raymond, Audry et quelques auteurs considèrent ces névralgies comme de véritables névrites.

CHAPITRE II

PATHOGÉNIE.

En 1781, la coïncidence du rhumatisme et de la blennorrhagie fut signalée par Selle et Swediaur, et ces auteurs établissent une relation de cause à effet entre ces deux états pathologiques.

En 1833, Velpeau déclare que le rhumatisme ordinaire et le rhumatisme blennorrhagique présentent les mêmes symptômes, mais ont une origine différente.

En 1866, eut lieu à la Société Médicale des hôpitaux une mémorable discussion sur la pathogénie du rhumatisme blennorrhagique. Deux opinions sont alors en présence : d'après M. Peter la blennorrhagie ne fait que réveiller la diathèse rhumatismale et provoquer une ou plusieurs de ses manifestations; Lasègue, au contraire, considère la blennorrhagie comme une maladie générale ayant son existence propre et ses manifestations déterminées; l'absorption du pus au niveau de l'urèthre enflammé causerait les manifestations articulaires.

Actuellement on peut dire que la théorie de Lasègue

est presque universellement acceptée, après avoir été étendue, développée, modifiée par les découvertes bactériologiques en général et celle du gonocoque en particulier, et par les travaux de Bouchard, Neisser, Pétrone, Kammerer, Bousquet, Bumm, etc., etc.

Aujourd'hui il n'y a plus aucun doute sur l'agent infectieux, c'est le gonocoque; mais quel est au juste son rôle et la part qu'il prend dans la production des manifestations articulaires de la blennorrhagie? C'est ce qu'il est impossible de dire.

Actuellement encore plusieurs théories sont en présence, et on trouve sur ce point des opinions très différentes : voyons quelles sont les tendances générales, quelles sont les opinions qui semblent les plus probables et les plus généralement acceptées.

« On peut voir dans les accidents de la blennorrhagie, soit l'effet de causes successives, soit l'effet de causes surajoutées, soit enfin l'effet d'une cause unique. Nous désignerons ces trois hypothèses sous les noms de théorie des infections secondaires, théorie des infections mixtes, théorie uniciste. Il est superflu de définir ces expressions sur lesquelles tout le monde s'entend aujourd'hui » (Souplet).

Actuellement ces trois théories sont en présence, et chacune d'elles est défendue par des maîtres éminents; néanmoins on peut dire qu'en ce moment c'est la théorie uniciste qui tend de plus en plus à réunir le plus grand nombre de partisans.

Mais tout en restant dans la théorie uniciste, on peut soulever deux hypothèses plausibles :

1° Le gonocoque absorbé par les vaisseaux, pénètre dans le sang et va directement infecter les différents tissus ;

2° Le gonocoque n'agit pas seulement directement, mais par les poisons qu'il fabrique, par ses *toxines*.

Bien qu'il ne soit pas facile d'expliquer les localisations électives du gonocoque, c'est la première de ces hypothèses qui semble la plus plausible ; elle s'appuie sur de nombreux faits, les uns d'ordre clinique, les autres d'ordre expérimental.

FAITS CLINIQUES. — Il existe actuellement un grand nombre d'observations d'arthrites blennorrhagiques succédant à des conjonctivites purulentes blennorrhagiques. Les dix cas suivants sont consignés dans la thèse de Souplet.

« Clément Lucas (1885) rapporte deux cas de nourrissons qui vinrent au monde avec une blennorrhagie conjonctivale et qui bientôt après eurent de la tuméfaction de plusieurs articulations, mais surtout des genoux.

Widmark (1889) a publié le fait suivant : Nouveau-né qui au seizième jour de sa naissance présenta une conjonctivite purulente très rebelle (elle dura deux mois). Les accidents oculaires dataient de seize jours lorsqu'on observa de l'arthrite du genou et du pied droits, qui ne disparut que quinze jours plus tard. Pour l'auteur cette arthrite était blennorrhagique.

Les deux cas de Darier (1889) concernent des enfants l'un de quatre ans, l'autre de deux ans atteints tous deux d'arthrite à la suite d'ophtalmie purulente.

Wiederhofer (cité par Galliard *in Revue de Hayem*,

1890) a vu chez un nourrisson le rhumatisme coïncider avec l'ophtalmie blennorrhagique.

Deutschmann (1890) observe deux cas d'ophtalmie blennorrhagique ; où, trois à quatre semaines après le début de l'ophtalmie, il survint des arthrites.

Dans l'un de ces cas il trouva dans l'exsudat du genou des gonocoques.

Lindermann (1892) observe un nouveau-né atteint d'ophtalmie purulente ; elle guérit en trois semaines. Juste à cette époque éclate une inflammation purulente du genou ; dans l'exsudat, il trouve des gonocoques. Les essais de cultures suivant la méthode de Werthein furent contes-tables.

Morax (1892) vient de faire connaître une observation concernant une petite fille de sept ans qui eut une double ophtalmie blennorrhagique. L'enfant n'avait pas d'écoulement vaginal, et l'on put s'assurer que l'affection résultait du contact du doigt d'une autre petite fille de quatre ans atteinte de vulvo-vaginite. Au cours de cette ophtalmie à gonocoques, il se produisit une arthrite du genou gauche.

Des faits de cette précision suffisent ; lorsque le gonocoque siège uniquement sur la conjonctive oculaire, il peut donner lieu à des manifestations générales, qui se traduisent dans les cas que nous venons de mentionner par du rhumatisme blennorrhagique ».

De plus, la présence du gonocoque dans le sang et dans les liquides articulaires a été constatée bien des fois, et le nombre des observateurs qui l'ont trouvé augmente tous les jours.

Dès 1882, notre éminent maître, M. le professeur Bouchard, dans une magistrale étude sur l'arthrite blennorrhagique, démontre que cette affection est sous la dépendance absolue de l'écoulement contagieux.

Il regarde la blennorrhagie comme une maladie infectieuse et la présence dans le sang de microbes pathogènes est pour lui une preuve convaincante.

Il a pu cultiver le gonocoque qu'il a trouvé quatre fois dans le sang de blennorrhagiens (*Maladies par ralentissement de la nutrition*, 1882).

A la même époque, M. Capitan a trouvé des gonocoques dans le sang de malades atteints de blennorrhagies et est parvenu à cultiver ce micro-organisme.

Hamonic, Leroy, Bumm, Tedenat, Stratigopoulos ont également trouvé le gonocoque dans le sang. Schedler et His ont trouvé le gonocoque dans l'endocarde.

Petrone (*Revista clin. di Bolivia*, février 1883) trouve le gonocoque dans le sang et surtout dans le liquide provenant des genoux de deux malades atteints de rhumatisme blennorrhagique. Il admet en conséquence une infection locale dans le canal de l'urèthre, suivie du transport des microbes dans le sang. « Le rhumatisme blennorrhagique, dit-il, est subordonné à l'action du micrococcus blennorrhagique qui passe du sang dans les séreuses articulaires.

Smirnoff, dans un cas d'orchite blennorrhagique compliquée d'épanchement du genou, a constaté des gonocoques de Neisser dans la sérosité. Les gonocoques se trouvaient dans les cellules contenues dans le liquide, et l'auteur croit pouvoir conclure que leur développement

a causé l'épanchement (*Zur aetiologie der gonorrhoeischen Arthritis*, 1886).

Bousquet trouve le gonocoque dans le liquide articulaire d'une arthrite blennorrhagique (Société de chirurgie, 1885).

Kammerer de Fribourg, en 1884, publie deux observations intéressantes. Dans la première, l'examen bactériologique fut négatif; dans la seconde, il fut positif, le malade en traitement pour une affection chirurgicale venait d'avoir une blennorrhagie, il se développa chez lui une arthrite du genou droit. On ponctionna l'articulation et on constata dans le liquide synovial la présence de gonocoques; treize jours après, l'articulation suppura et on ne trouva plus de gonocoque, le malade guérit. Rapprochant ces observations des faits antérieurs de Petrone, Kraske, Brieger, Erlich, l'auteur en conclut que les microbes spécifiques de la blennorrhagie existent en grand nombre au début de l'épanchement des arthrites, mais qu'ils meurent très rapidement dans cet épanchement, si bien qu'on ne les retrouve pas toujours après le cinquième jour. C'est ce qui explique les résultats contradictoires obtenus par les différents auteurs (*Centralblatt für chirurgie*, 1884, page 49, n° 404).

Welander trouve le gonocoque dans un abcès périurétral et dans les liquides intra-utérins (*Gazette méd.*, 1884).

Sanger le trouve dans les annexes de l'utérus (*Semaine méd.*, 1884).

Bumm le trouve dans le liquide articulaire d'une arthrite blennorrhagique du genou.

En 1887, Ceppi et Wertheim trouvent le gonocoque dans le pus qui recouvrait le péritoine pelvien et dans le pus d'un abcès péritonéal.

D'après M. Aubert, la présence du gonocoque dans le sang a été souvent constatée par M. Jullien qui les a également observés dans le liquide articulaire (*Annales gènito-urinaires*, 1888).

D'après M. le professeur Duplay (Leçon clinique. *Bulletin médical*, 2 juillet 1890), Hall aurait rencontré le gonocoque de Neisser dans les jointures atteintes d'arthrite blennorrhagique. Ce n'est pas seulement dans son cas d'arthrite purulente que le gonocoque aurait été rencontré, c'est encore au moins dans le cas publié par Hall dans un épanchement séreux.

De ce que l'on ne l'a pas constaté plus souvent faut-il en conclure qu'il n'existe pas toujours ?

Assurément non, car il est possible que les séreuses constituent pour lui un mauvais lieu de culture et qu'une fois qu'il a pénétré dans leur intérieur il se détruit rapidement.

Deutschmann en 1890 trouve des gonocoques dans un exsudat du genou (voir plus haut).

Lindermann (1892) trouve des gonocoques également dans un exsudat du genou.

Jacquet (1892, *Annales de dermatologie*, juin) sur cinq examens de liquides intra-articulaires ne trouve rien dans quatre cas, mais dans un dernier où le liquide est louche pyœide, il constate l'existence de gonocoques bourrant le protoplasma de deux cellules de pus.

Neisser (*Med. Work*, 1893) trouve le gonocoque dans la sérosité d'une arthrite tibio-tarsienne aiguë.

En 1893, dans quatre cas, notre excellent maître, M. Rendu, a constaté par la culture, non par l'examen microscopique, la présence du gonocoque dans les liquides articulaires ; un de ces cas très remarquable est consigné dans la thèse de Filippi.

En 1893, Macaigne et Tollemmer ont trouvé des gonocoques dans un cas de synovite du médius.

Burci en 1894 (*G. ital. mal. ven.*, juin 1894), dans des cas de synovites articulaires blennorrhagiques a décelé la présence de gonocoques. Il admet que le gonocoque pénètre dans la circulation sanguine par les voies lymphatiques, mais il est probablement détruit d'une manière assez prompte dans les foyers nouveaux où il pénètre.

Moncorvo (*Med. infantile*, 15 juillet 1894) relate deux cas de poly-arthrites blennorrhagiques chez deux fillettes l'une de trois mois, l'autre de deux ans, avec conjonctivite et vulvo-vaginite ; chez l'une de ces enfants l'examen bactériologique dénota la présence du gonocoque dans l'écoulement vulvaire et dans le sang de la pulpe du doigt.

Notre excellent maître M. Balzer et M. Lacour (*Annales de dermatologie*, août, septembre 1894) ont relaté un cas d'urétro-cystite blennorrhagique compliquée de purpura infectieux ; l'examen bactériologique a montré dans l'urèthre la présence du gonocoque et celle du staphylocoque blanc à la fois dans le canal et dans le sang.

Mazza (*Deutsch med. Woch.*, n° 22, 1894) observe une fillette de 11 ans, infectée dans un viol, et consécutivement atteinte de poly-arthrite et de pleurésie blennorrhagique.

Il trouve le gonocoque, et le procédé de Wertheim lui donne une culture pure de gonocoques avec le liquide provenant de l'articulation tibio-tarsienne.

Batut (*Midi méd.*, 23 septembre 1894) signale des suppurations péri-articulaires blennorrhagiques à gonocoques.

Hewes (*Boston med. an surg.*, 22 novembre 1894) fait l'examen bactériologique du sang de neuf individus, atteints de rhumatisme blennorrhagique poly-articulaire. Deux cas donnèrent des résultats positifs. Ces deux malades étaient très gravement atteints et présentaient la symptomatologie d'une infection généralisée. La présence du gonocoque fut décelée par l'examen microscopique et par les cultures.

Ajoutons un fait de Stern en 1892 et un de Griffon en 1895.

Enfin Haushalter, au Congrès de Bordeaux en 1895, a rapporté un cas de rhumatisme du genou avec ophtalmie purulente chez le nouveau-né, et il a trouvé le gonocoque dans le liquide de l'articulation du genou.

FAITS EXPÉRIMENTAUX. — Nous nous contenterons de rappeler les faits expérimentaux ayant trait seulement à la blennorrhagie : Bockard, Bokaï (1), déterminent des blennorrhagies par inoculation directe de pus blennorrhagique ; Bumm, Wertheim, Anfuso, Gebhart, Risso la produisent par inoculation de cultures de gonocoques.

Quant aux faits expérimentaux se rapportant directe-

1. Thèse d'Auvergniot, 1890, p. 40.

ment à l'arthrite blennorrhagique nous citerons d'abord les observations bien connues de Poncet de Cluny, de Galézowski et Testelin rapportées dans la thèse de Lapersonne; ces auteurs ont vu des arthrites blennorrhagiques succéder à des inoculations de la conjonctive, faites dans le but de combattre le pannus granuleux. De Lapersonné les regarde avec raison « comme un type d'infection blennorrhagique ayant presque la valeur d'une expérience physiologique ».

On pourrait presque en dire autant des observations de Clément Lucas, Widmark, Darier, Wiederhofer, Deutschmann, Lindermann et Morax que nous avons déjà citées.

Nous ne pouvons manquer de citer les travaux de Wertheim, Steinschneider, Finger, Ghon et Schlegel, qui ont fait faire de grands progrès à la question des milieux de culture favorables au gonocoque et de la biologie de ce micro-organisme.

Finger provoque des arthrites par injection dans le genou de cultures gonococciques, mais le gonocoque y meurt vite.

Enfin dans le cas observé par Mazza, cas que nous avons déjà cité, non seulement le procédé de Wertheim a donné une culture pure de gonocoques avec le liquide provenant de l'articulation tibio-tarsienne, mais l'inoculation à l'urèthre humain a donné une blennorrhagie authentique. L'auteur a trouvé un sujet qui s'est prêté de bonne volonté à cette expérience, et qui présentait toute garantie contre l'hypothèse d'une infection antérieure.

A tous ces faits, on peut opposer une série de faits né-

gatifs nombreux tant cliniques que d'ordre expérimental.

Parmi les auteurs qui n'ont pas pu déceler la présence du gonocoque dans le liquide articulaire, nous trouvons Haslund en 1884, avec cinq résultats négatifs (1), Bornemann en 1887, trois résultats négatifs, MM. Guyon et Janet qui ne l'ont jamais rencontré.

D'autres n'ont pu cultiver le gonocoque; ce sont : MM. Dieulafoy et Widal, en 1881, qui n'ont pu réussir à ensemençer le liquide d'arthrites blennorrhagiques; M. Roux, en 1881, le sang d'un malade atteint de synovite blennorrhagique, MM. Reblaud et Charrier, dont toutes les tentatives sont restées infructueuses; Neisser, qui, au dernier Congrès de dermatologie de Vienne, disait n'avoir pas pu réussir de culture par la méthode de Wertheim; Hewes qui sur neuf cas trouve seulement deux fois le gonocoque dans le sang et ne peut parvenir à le cultiver ni sur sérum, ni sur agar, ni sur gélatine; enfin Stanziale qui essaie vainement (1893) de cultiver le gonocoque dans un cas d'arthrite blennorrhagique à liquide séro-fibrineux non purulent, il échoue également dans ses tentatives d'inoculation à l'urèthre de l'homme.

Nous dirons donc qu'une réserve est encore imposée sur la question de la pathogénie du rhumatisme blennorrhagique; nous rappellerons en terminant ce chapitre que les moyens de recherche et de culture du gonocoque se sont bien perfectionnés avec les travaux de Bumm, de Wertheim, Steinschneider, de Finger, Ghon et Schlagenhauser et se perfectionneront encore, car de

1. Depuis cette époque, Haslund a trouvé le gonocoque dans les liquides d'arthrites ponctionnées dans les jours du début de l'affection.

nombreux auteurs étudient en ce moment cette question. Nous rappellerons l'opinion de Kammerer qui dit que les microbes spécifiques existent en grand nombre au début de l'épanchement des arthrites, mais qu'ils meurent très rapidement dans cet épanchement, si bien qu'on ne les retrouve pas toujours après le sixième jour.

Les ponctions faites au début de l'épanchement sont rares. Kammerer a trouvé le gonocoque dans des liquides retirés par ponction le sixième jour. Haslund a fait des ponctions au deuxième, troisième, sixième, huitième jour et a trouvé le gonocoque.

C'est aussi l'opinion de Burci et de Respighi. Ces auteurs admettent que le gonocoque pénètre dans la circulation sanguine par les voies lymphatiques, et est probablement détruit d'une manière assez prompte dans les nouveaux foyers où il pénètre. « Le rapport du gonocoque avec les synovites qui présentent les caractères cliniques des arthrites blennorrhagiques est indiscutable, disent-ils. On en peut démontrer la présence par les préparations et les cultures. Le gonocoque est localisé à la superficie des synoviales et tend à disparaître par involution avec assez de rapidité; mais le processus continue par l'évolution des altérations pathologiques provoquées à la superficie de la séreuse, et les produits de sa destruction peuvent continuer à agir. L'absence du gonocoque souvent notée peut s'expliquer, ou par le temps auquel les recherches ont été faites, ou parce qu'elles ont été limitées au seul exsudat libre (1). »

1. Dans ses conférences de l'hôpital Ricord, M. Balzer faisait remarquer que lorsqu'on ne trouve pas le gonocoque dans une jointure atteinte de rhu-

Enfin il est permis de supposer que dans certains cas les gonocoques agissent non plus directement, mais par leurs *toxines*; et dans d'autres cas, comme par exemple lorsque l'arthrite tend à devenir purulente, il faut tenir compte de la possibilité des *infections associées*, car il paraît démontré que les vraies arthrites gonococciques sont toutes sans purulence vraie.

Les quelques considérations contenues dans nos dernières lignes permettent d'expliquer en partie les résultats contradictoires en apparence obtenus par les différents auteurs.

matisme blennorrhagique, cela ne prouve pas toujours qu'il n'y soit pas. Dans certains cas, le gonocoque peut être décelé par la culture, alors même qu'il n'est pas décelé par l'examen microscopique (cas de Rendu, in-thèse de Philippi). Il n'est pas inadmissible non plus qu'il persiste dans les tissus articulaires et péri-articulaires, alors qu'il a disparu de la cavité. Il est prouvé aujourd'hui que le gonocoque peut longtemps vivre dans les tissus, dans le tissu utérin, notamment, dans ceux de l'urèthre et de la conjonctive. Il peut fort bien être ainsi caché au moment où on le recherche dans le liquide de l'articulation.

CHAPITRE III

TRAITEMENT GÉNÉRAL. IMPORTANCE DU TRAITEMENT DE L'URÉTHRITE.

Nous appuyant sur les considérations étiologiques et pathogéniques que nous venons d'exposer, nous pouvons dire en employant l'expression de notre maître M. Rendu (1) que « l'infection blennorrhagique est bien fonction de troubles articulaires ». L'étude du traitement vient encore confirmer cette manière de voir.

D'abord nous voyons le rhumatisme blennorrhagique se montrer le plus souvent rebelle à tous les traitements utiles dans le rhumatisme franc ; si cette proposition paraît trop affirmative, disons tout au moins que ces traitements ont donné dans le rhumatisme blennorrhagique les résultats les plus variables et les plus inconstants.

Le salicylate de soude est bien loin de donner des résultats aussi favorables que dans le rhumatisme ordinaire, il a une certaine influence dans des cas assez favo-

1. Rendu. Leçon clinique, mars 1896.

rables, où le rhumatisme poly-articulaire affecte à peu près les allures du rhumatisme vulgaire. Notre vénéré père, le professeur Dezanneau d'Angers, le donnant à la dose moyenne de 4 à 6 grammes par jour, l'a vu réussir dans un assez grand nombre de cas et parfois rapidement.

M. Balzer en a obtenu souvent aussi des effets favorables. Mais, à côté de ces bons résultats, on observe des cas nombreux, dans lesquels son inefficacité est évidente, nous en donnerons comme exemple un malade de M. Rendu cité dans nos observations. Ce malade dont l'observation nous semble intéressante à différents points de vue a absorbé du 17 décembre 1895 au 17 février 1896 environ 160 grammes de salicylate de soude sans obtenir la moindre amélioration. Fraser (1) d'Edimbourg a souvent constaté également l'inefficacité des préparations salicyliques dans le traitement du rhumatisme blennorrhagique.

L'*antipyrine* ne soulage que la douleur et n'a aucune action sur l'épanchement.

Le *salophène* n'est pas encore suffisamment connu, on l'emploie à la dose de 1 à 2 grammes par jour.

Le *salol*, tout en ayant moins d'action que dans le rhumatisme chronique à tendance vicieuse, cependant a une certaine influence sur le rhumatisme blennorrhagique. Il modifie la muqueuse uréthrale, mais il est irritant pour le rein et on observe quelquefois des phénomènes toxiques (Lemaître de Limoges).

M. Rendu a observé dans sa clientèle particulière un

1. R. Fraser. *Edimbourg Medical Journal*, p. 1, juillet 1885.

cas de néphrite desquamative assez intense, après l'administration de 4 grammes de salol par jour pendant cinq jours.

L'asaprol a été employé dans le rhumatisme blennorrhagique, mais trop peu souvent pour qu'on puisse juger de sa valeur réelle. Stackler et Dujardin-Baumetz disent l'avoir employé avec succès à la dose de 6 grammes par jour.

L'iode et les iodures qui entravent le rhumatisme chronique déformant ont été donnés dans les arthrites blennorrhagiques par Schüller et Rubinstein. Ces auteurs les prescrivent à la dose de 3 à 5 grammes donnés en six ou sept fois dans la journée. De bons résultats ont été obtenus dans les formes hypertrophiques, avec périostites et gonflement des os. Ce traitement n'amène que très lentement la résolution des épanchements et des synovites chroniques (1) de plus l'iode et les iodures irritent souvent le canal et réveillent l'urétrite (Balzer), ils fatiguent quelquefois l'estomac des malades et les anémient. Ils conviennent surtout aux formes chroniques.

La *colchique* et la *vératrine* qui donnent souvent de bons résultats dans les engorgements goutteux n'ont aucune action sur les arthrites blennorrhagiques (Rendu).

Les alcalins à haute dose très employés il y a quelques années sont maintenant abandonnés, ils débilitent l'organisme et n'amènent aucune amélioration sensible.

1. Rendu.

Influence du traitement de la blennorrhagie sur les manifestations articulaires.

On peut dire que le traitement général de l'arthrite comporte d'abord le traitement de la blennorrhagie. En effet, que les manifestations articulaires soient dues au gonocoque seul, ou au gonocoque accompagné d'autres micro-organismes, quel que soit le processus suivi par lui pour causer l'infection générale de l'économie, il est certain qu'il faut l'atteindre et le détruire. Dans l'immense majorité des cas, c'est au niveau de l'urèthre enflammé par lui qu'il repullule et pénètre dans l'économie, on doit donc déduire de là l'importance du traitement de l'urétrite dans le rhumatisme blennorrhagique.

Plusieurs procédés ont été employés pour combattre le gonocoque, notamment les injections et les lavages. Comme il s'agit presque toujours d'urétrites totales, les grands lavages dans le traitement du rhumatisme blennorrhagique sont de beaucoup supérieurs aux injections; ce fait est aujourd'hui parfaitement démontré. Les grands lavages au sublimé ont donné de bons résultats. L'ichtyol au 1/5 empêche la culture du staphylocoque et du gonocoque, aussi plusieurs auteurs l'ont employé et Colombini entre autres le prescrit à la dose de 5 à 10 o/o. Le nitrate d'argent à 1/4000 ou 1/2000 donne des résultats rapides. Ainsi que le sublimé, le nitrate d'argent est plutôt à réserver pour les cas non compliqués de rhumatisme blennorrhagique à cause de ses propriétés pyogènes.

Le meilleur agent que nous possédions actuellement contre le gonocoque dans ces cas, c'est le permanganate de potasse. De nombreux auteurs l'ont expérimenté, depuis les recherches de Janet; et dans ces dernières années deux thèses intéressantes ont donné des indications précieuses sur ce sujet : ce sont la thèse de Delaroché (1893) et la thèse de Tixeron (1894). Mais les grands lavages au permanganate de potasse ont une heureuse influence non seulement sur la blennorrhagie, mais encore sur ses manifestations articulaires.

Nous ferons remarquer que les grands lavages au sublimé, au nitrate d'argent et surtout au permanganate de potasse institués au début d'une blennorrhagie aiguë constituent le traitement prophylactique par excellence du rhumatisme blennorrhagique, et si l'on considère les nombreuses observations publiées de blennorrhagies aiguës, traitées dès le début par ce procédé, on verra combien sont rares celles qui se sont compliquées de manifestations articulaires. A plus forte raison comprend-on la nécessité d'instituer ce traitement abortif chez les malades qui ont déjà eu une attaque de rhumatisme, à l'occasion d'une blennorrhagie antérieure.

M. Balzer a eu l'occasion de traiter un malade chez lequel la blennorrhagie avait provoqué très promptement un rhumatisme dans une première atteinte, et qui échappa au rhumatisme lors de la seconde, grâce à l'emploi énergique et prompt des lavages.

*Manuel opératoire du traitement de l'uréthrite par les
grands lavages.*

Les grands lavages de l'urèthre se font ordinairement au moyen du laveur en tôle émaillée, muni d'un long tube de caoutchouc lequel se termine par des embouts appropriés (ceux de Lavaux ou de Balzer, ou par une canule de verre). Nous n'insisterons point sur le manuel opératoire des lavages souvent décrit dans ces derniers temps, on en trouvera des descriptions détaillées dans les travaux de M. Janet, dans les thèses de Delaroche (1893), de Tixeront (1894), de Canova (1895), etc.

Les lavages que nous préférons et qui sont aujourd'hui le plus souvent employés, sont ceux au permanganate de potasse. On commence par la solution à 1/4000 et une fois le malade habitué aux lavages, on emploie les solutions à 1/2000 et jusqu'à 1/1000 ; toutefois on surveille la sensibilité du malade et si les solutions fortes sont mal tolérées et semblent exciter l'inflammation uréthrale, on revient aussitôt à des solutions faibles. Ordinairement, on institue deux lavages par jour et chaque fois on fait passer au maximum un litre du liquide ; les solutions tièdes sont préférables aux solutions froides.

Le lavage doit être fait s'il le faut, au lit du malade et ne doit pas être pratiqué par le malade lui-même, au moins les premières fois.

Il faut avoir la précaution de laver le gland et le méat

avant de commencer l'opération, et de régler la hauteur du récipient de façon que le liquide lave l'urèthre antérieur, ou pénètre dans l'urèthre postérieur et dans la vessie, suivant les localisations de l'urétrite. Chez la femme (1) lorsqu'on institue les lavages au cours du rhumatisme blennorrhagique, il est bon, si on veut les pratiquer efficacement, de ne pas perdre de vue les notions suivantes. Si la vaginite ou la vulvo-vaginite est fréquente chez la petite fille ou chez les femmes jeunes qui ont contracté leur blennorrhagie lors des premiers coïts (Horand), il n'en est pas de même chez la femme adulte, c'est l'opinion de Sigmund, de Steinschneider, de Sinclair, de Bumm et de Welander. Les expériences de Steinschneider et d'autres auteurs ont démontré que le gonocoque a dans le col et l'utérus sa localisation principale; d'après Bond, Gerheim, Bumm, Eraud, l'épithélium du vagin se prêterait beaucoup moins que l'épithélium cylindrique au développement du gonocoque. Chez la femme l'urèthre, le col et l'utérus sont donc les régions ordinairement atteintes par les gonocoques, de plus, on retrouve encore ces micro-organismes dans le col et dans l'utérus longtemps après qu'ils ont disparu de l'urèthre. On voit dès lors combien il est important que les lavages atteignent non-seulement les culs-de-sac vaginaux, mais aussi le col et l'utérus lui-même.

1. Thèse de Souplet, 1893.

Effets du traitement de l'uréthrite par les lavages au permanganate.

Les malades peuvent guérir par le seul fait de ce traitement et nous en rapportons plusieurs observations.

D'autres observations nous montrent des malades sinon complètement guéris du moins très améliorés et même assez rapidement.

Les lavages au permanganate sont d'autant plus efficaces que l'infection est plus récente et qu'ils sont institués plus tôt.

Toutefois l'infection générale se produit parfois avec une rapidité excessive, et le rhumatisme se développe en gagnant de vitesse les traitements de la blennorrhagie les plus énergiques. M. Balzer cité souvent à ce propos le fait suivant : Un médecin très-distingué, soupçonnant qu'il avait contracté la blennorrhagie, fit l'examen microscopique de la première goutte qu'il vit apparaître au méat.

Cet examen ayant démontré l'existence des gonocoques, une injection abortive au nitrate d'argent fut pratiquée séance tenante. Elle réussit à faire avorter la blennorrhagie, et pourtant malgré ce succès remporté sur l'infection locale ce médecin n'en était pas moins atteint, dans les jours qui suivirent l'injection abortive, d'un rhumatisme qui fut très tenace et présenta toutes les allures du rhumatisme blennorrhagique (*Ann. de dermat.*, sept. 1894).

La plupart des auteurs notent que le rhumatisme subit

souvent des poussées nouvelles ou des recrudescences, lorsqu'il se produit une aggravation dans la marche de l'urétrite.

Il faut tenir compte de cette indication, pour conduire le traitement par les lavages avec une grande prudence, surtout pendant les phases un peu aiguës de la blennorrhagie.

A ce moment un seul lavage par jour suffit amplement : il faudra n'employer que des solutions faibles et préférer le permanganate de potasse et l'ichtyol au sublimé et aux sels d'argent.

Pour peu que les irrigations paraissent mal tolérées, mieux vaut y renoncer et se contenter du traitement interne tant que l'état aigu de l'urétrite s'oppose à une intervention locale active.

M. Bälzer estime que la prudence dans le traitement local de la blennorrhagie s'impose d'autant plus qu'il lui a paru que les urétrites compliquées de rhumatisme sont le plus souvent très tenaces, sans qu'il cherche à donner l'explication de ce fait.

Lorsqu'il s'agit de rhumatisme survenant au cours d'urétrites à la période de déclin, ou encore dans des cas anciens subaigus ou chroniques, on peut agir plus énergiquement sur le canal et faire intervenir des irrigations désinfectantes faites avec des solutions fortes.

Enfin, tout en persévérant dans le traitement local de l'urétrite, il ne faudra pas s'en exagérer l'importance. L'infection générale une fois constituée évolue d'une manière indépendante par rapport à l'urétrite ; elle per-

siste longtemps après elle dans bien des cas et le traitement doit la combattre directement.

Traitement interne de l'uréthrite.

Après avoir longuement parlé du traitement local de l'uréthrite, nous tenons à dire que nous attachons une grande importance au traitement interne de l'uréthrite qui devra toujours être associé aux lavages. En même temps que le salicylate de soude, on administrera aux malades les balsamiques, le santal ou le copahu ou les divers opiatés. Cette médication a d'autant plus d'importance qu'elle constitue souvent le seul traitement possible de l'uréthrite dans beaucoup de cas.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT LOCAL DES ARTHRITES BLENNORRHAGIQUES.

Nous venons de montrer précédemment l'importance que nous attachons au traitement de l'urétrite dans le rhumatisme blennorrhagique, mais nous reconnaissons que le traitement général, surtout dans les cas rebelles, reste souvent insuffisant; il est donc nécessaire d'y joindre le traitement local, et ce sont les différents modes de ce traitement que nous allons maintenant étudier.

A la période aiguë de l'arthrite blennorrhagique, c'est-à-dire au moment des douleurs aiguës et de la tuméfaction croissante de l'articulation, on se borne généralement à l'immobilisation du membre dans une bonne position (1) avec application intermittente d'un sac de glace sur la jointure malade, ou bien à des applications de pommades, de liniments calmants et résolutifs suivis d'un enveloppement dans un bandage ouaté.

1. Brun.

Lucas-Championnière préconise l'onguent napolitain en couches épaisses recouvertes d'un bandage ouaté.

Ruel recommande comme topique les compresses imbibées de la solution suivante :

Acide salicylique	20 gr.
Alcool absolu	100 »
Huile de ricin	200 »

On peut ajouter à ce liniment 5 pour 100 de chloroforme pour le rendre plus calmant.

La pommade suivante :

Acide salicylique	10 gr.
Lanoline	10 »
Essence de térébenthine	10 »
Axonge	80 »

proposée par Bourget de Lausanne et fréquemment employée par Balzer a souvent donné de bons effets.

Les liniments laudanisés ou chloroformés sont souvent employés; on a aussi recommandé les badigeonnages de pommade au gaïacol à 5 pour 30.

Une fois la période aiguë passée, le moment est venu d'essayer la révulsion locale. Les badigeonnages de teinture d'iode sont souvent employés, mais les pointes de feu sont préférables. Le massage péri-articulaire et musculaire combiné au besoin avec l'électrisation, peut être indiqué surtout si l'arthrite s'accompagne de phénomènes d'atrophie.

L'application du cataplasme de Trousseau a donné de

bons résultats à M. le professeur Dieulafoy. Ce cataplasme composé de mie de pain, d'alcool camphré, d'extract d'opium et d'extract de belladone, agit par immobilisation et par compression (1).

La compression méthodique a été préconisée dans les cas d'arthrite à forme d'hydarthrose. Elle se pratique, soit au moyen des appareils ouatés, soit à l'aide d'une bande élastique de caoutchouc plus ou moins serrée que le malade peut enlever lui-même, si la douleur et la gêne de la circulation deviennent trop considérables (Rendu, Filippi).

Mais un mode de traitement local, sur lequel nous désirons vivement attirer l'attention, c'est l'emploi des *bains térébenthinés*. Cette méthode de traitement, qui appartient à notre maître M. le D^r Balzer, a donné dans son service des résultats remarquables, et nous-même avons été surpris des bons résultats que nous y avons constatés.

Les bains térébenthinés avaient déjà été employés dans le rhumatisme articulaire simple et Smith avait préconisé la formule suivante :

Essence de térébenthine	100 gr.
Essence de romarin	10
Carbonate de soude	500
Eau	1.000

Howard Pinkney (2) de New-York, en 1888, souffrant

1. Moropolsky. Thèse de Paris, avril 1890.
2. H. Pinkney. *A cheap and effective terebenthine bath*. *Med Rec.*, N. Y. 1888, XXXIII, 242.

d'un rhumatisme articulaire, fait sur lui-même l'expérience d'un bain, dans lequel l'essence de térébenthine est associée à l'émulsion aqueuse de savon noir, il constate les bons effets de ce traitement, l'amélioration qu'il éprouve, la disparition de la douleur, et propose d'employer ce bain dans le rhumatisme articulaire aigu, dans la goutte, et même dans les fièvres éruptives.

M. Balzer, en 1894, eut l'idée d'employer dans le traitement du rhumatisme blennorrhagique le bain térébenthiné avec la formule d'Howard Pinkney légèrement modifié, et au mois de mai 1895, il apporte à la Société de Dermatologie un mémoire très intéressant sur le traitement du rhumatisme blennorrhagique par les bains térébenthinés.

C'est ce mémoire qui nous a servi de guide pour écrire les lignes qui vont suivre.

La formule employée par M. Balzer est la suivante :

Emulsion aqueuse de savon noir.	100 gr.
Essence de térébenthine.	100 gr.

Agiter le mélange au moment de préparer le bain.

Les bains térébenthinés s'emploient sous deux formes, soit en bains généraux, soit en bains locaux, et chacune de ces formes a ses indications propres : ses avantages, son mode d'administration, ses doses et sa température.

Bains généraux. — Les bains généraux sont indiqués dans certains cas de poly-arthrites où les articulations atteintes sont très distantes les unes des autres, et lorsque la position de la jointure malade est incompatible

avec un bain local comme par exemple l'épaule, la hanche, l'articulation sterno-claviculaire.

On emploie pour les bains généraux des doses très variables du mélange térébenthiné : généralement de 150 à 500 grammes et même 800 grammes suivant la susceptibilité de la peau du malade, car ces bains produisent sur la peau une cuisson marquée. La dose moyenne est de 400 grammes.

Le bain doit être prescrit aussi chaud que possible, les malades ont pu supporter des températures de 40° et même 42°.

Les doses et la température seront augmentées progressivement pour habituer le malade.

La durée du bain est de dix à vingt minutes environ.

Les bains généraux présentent parfois de légers inconvénients, d'abord ils causent à certains malades une cuisson assez forte à la peau des organes génitaux, et en particulier au scrotum. Howard Pinkney l'avait déjà remarqué puisqu'il recommandait d'enduire de beurre de cacao ou d'un autre corps gras les parties sensibles de la peau, de plus le bain général exige le déplacement du malade alors qu'il vaudrait mieux lui éviter tout mouvement intempestif; aussi le bain local est-il alors préférable lorsqu'on peut l'employer.

Bains locaux. — Les bains locaux s'emploient surtout dans les rhumatismes blennorrhagiques des membres quand les parties malades sont rapprochées les unes des autres et quand la situation de l'articulation s'y prête : par exemple, le genou, le coude, etc.

Les bains locaux sont encore préférables aux bains

généraux en ce que leurs doses et leur température peuvent être plus élevées. Des malades ont pu supporter les températures 50° à la condition de ne pas faire de mouvement dans le bain.

On met ordinairement de 50 à 100 grammes du mélange dans un bain local, suivant la sensibilité du malade et la quantité d'eau employée.

Le bain local s'administre facilement au lit du malade, pour le membre supérieur, il se donne aisément dans une cuvette ou dans une poissonnière; pour le membre inférieur M. Balzer a fait construire une petite baignoire en zinc dans laquelle l'eau peut remonter jusqu'au milieu de la cuisse.

On peut prescrire à un malade les bains locaux et les bains généraux pris alternativement.

Dans l'administration des bains térébenthinés, il y a certaines précautions à prendre et que nous voulons indiquer.

On ne peut guère commencer le traitement qu'après la disparition des phénomènes aigus. Si le malade a eu de la fièvre, il vaut mieux attendre que la température soit revenue à 37°.

On tâtera la susceptibilité de la peau du malade et on n'augmentera les doses que progressivement.

Si on emploie un bain général, on tâchera de protéger un peu la peau des organes génitaux et les parties irritées de la peau, par exemple, au moyen d'une application de vaseline, et enfin, dans tous les cas, on prendra les soins nécessaires pour éviter au malade des refroidissements, surtout après le bain.

Les bains térébenthinés ont des effets constants qu'il est intéressant de signaler :

Dès que le malade est dans le bain, il ressent une cuisson assez vive de la peau, cuisson accompagnée de picotements, sensation toujours vive au scrotum s'il s'agit d'un bain général. Au bout d'un quart d'heure ou vingt minutes, la peau est entièrement rouge et chaude ; cette sensation de chaleur et de cuisson persiste souvent plus d'une heure après le bain.

La peau garde également longtemps une vive odeur de térébenthine.

Le bain térébenthiné a de plus une action constante sur la douleur ; la plupart des malades ayant des douleurs très vives, se sentent immédiatement soulagés dans le bain, et le soulagement persiste après. L'un des malades, dont nous rapportons l'observation, était très affirmatif sur ce point ; il disait qu'à chaque bain, il lui semblait qu'on lui enlevait complètement son mal. Après le bain, la douleur disparaissait pour ne reparaitre que deux ou trois heures après, mais très légère.

Le bain térébenthiné agit à la fois par action révulsive et par absorption, soit par la peau, soit surtout par la respiration ; en effet, longtemps après le bain on retrouve encore la térébenthine dans les urines. Mais le bain térébenthiné agit encore par sa chaleur, il est d'autant plus efficace qu'il est plus chaud. L'action favorable de la température élevée sur l'arthrite blennorrhagique et sur l'élément douleur en particulier nous semble assez remarquable, et nous avons la preuve de ce fait dans les bons résultats fournis par un mode de traitement encore

peu connu, les *applications de sable chaud*, également employées par M. Balzer dans les cas rebelles.

Du sable fin est porté à très haute température et placé dans des sacs de toile de formes appropriées. On enveloppe la jointure mala de dans ces sacs, et presque aussitôt le malade accuse un grand soulagement. Ce traitement a aussi sur le gonflement une influence très favorable, car la compression légère exercée par ces sacs de sable vient s'ajouter à l'action de la chaleur. Cette chaleur sèche peut être très élevée, et les malades supportent facilement des sacs de sable dans lesquels le thermomètre accuse 80 degrés centigrades.

Nous rapportons les observations de trois malades chez lesquels ce traitement a été institué et a produit les meilleurs effets.

CHAPITRE V

TRAITEMENT CHIRURGICAL.

Notre intention n'est point d'étudier en détail le traitement chirurgical de l'arthrite blennorrhagique, des travaux importants et nombreux, concernant cette question, ont été publiés dans ces dernières années (1). Mais après avoir

1. Lister. *Œuvres choisies*, traduction Berginon, 1882, page 301 et 454.
British med. Journ., 26 août 1872. Tome 2, page 232.
- Watson-Cheyne. *Antiseptic surgery*, 1882, page 442.
- Jessop. *British med. Journ.*, février 1871.
- Morgan. *Ouverture et drainage des articulations*, 1877-1878. Saint-Georges, Hosp. Rep., tome IX, p. 763.
- Albert. *Wiener med. Press.*, 1876.
- Heinecke. *Deutsch. Med. Wochensch.*, p. 564.
- Scriba. *Berlin Klin. Woch.*, 1877. n° 32, p. 460.
- Brun. Thèse de Paris, 1881.
- Jalaguer. Thèse d'agrégation, Paris, 1886.
- Dubujadoux. *Archives de médecine militaire*, 1890, tome 15.
- Potherat. *Semaine médicale*, 30 avril 1892, n. 22, p. 173.
- Thiery. *Bulletin de la Société anatomique*, 1892, p. 712.
- Christen. Thèse de Paris, 1893.
- Thirard. Thèse de Paris, 1894.
- Hoppehändler. Thèse de Paris, 1894.

parlé du traitement général et du traitement local de l'arthrite blennorrhagique, nous devons dire en quelques pages ce que nous pensons de l'intervention chirurgicale et de ses indications dans le traitement de cette affection.

Tout d'abord si nous jetons un regard d'ensemble sur nos observations, nous constatons que deux malades seulement ont dû passer en chirurgie pour subir l'arthrotomie.

De plus, nous sommes surpris de voir que sur un nombre relativement assez considérable de malades observés par nos maîtres et par nous 110 environ... pas une seule fois l'ankylose ne s'est montrée consécutivement aux arthrites blennorrhagiques relatées dans ce travail.

Cette redoutable complication serait-elle donc plus rare qu'on le dit généralement? Nous le pensons, et sans être trop affirmatif, nous croyons entrevoir les raisons pour lesquelles notre avis diffère de celui de beaucoup d'auteurs.

Tous les malades que nous avons vus, et dont les observations sont consignées dans notre thèse, ont été traités activement dès le début de leur affection. Le traitement a été institué non-seulement contre l'arthrite, mais contre l'infection générale gonococcique et contre l'uréthrite; de plus nous remarquons que l'immobilisation complète a été très rarement et très sobrement employée. On la faisait cesser le plus tôt possible. Tout cela nous explique pourquoi aucun de nos malades n'a présenté d'ankylose. Aussi croyons-nous qu'un certain nombre des cas d'ankylose observés jusqu'ici, est dû à l'immobilisation prolongée des jointures atteintes et à l'insuffisance, soit du

traitement général interne, soit du traitement de l'uréthrite, soit du traitement local de l'arthrite. Aussi pensons-nous devoir insister encore sur l'importance que nous attachons au traitement général et au traitement local dans le cours du rhumatisme blennorrhagique.

Indications de l'intervention chirurgicale.

Les indications de l'intervention chirurgicale sont, à notre avis, assez restreintes.

Deux formes seulement d'arthrite blennorrhagique sont justiciables de l'arthrotomie : *l'arthrite purulente et l'arthrite aiguë séreuse grave.*

1° Dans l'arthrite purulente, tous les chirurgiens s'accordent à reconnaître qu'une intervention radicale s'impose. Il faut ouvrir largement l'articulation, la débarrasser avec le plus grand soin de la suppuration qu'elle contient au moyen d'un grand lavage antiseptique, soit avec le sublimé, soit avec l'acide phénique à 1/20 (Hartmann).

Nous n'insistons pas sur les soins consécutifs à l'opération ; pansements antiseptiques et plus tard mobilisation et massage qui doivent être mis en usage dans toute arthrotomie.

Certains auteurs comme Bøgehold (1), Mori (2) (de

1. Bøgehold (*Arch. f. kl. chir.*, 1882, t. XXVII).

2. Mori de Brescia (*Traitement des synovites aiguës. Gaz. méd. Lombo Milano*, 1885, n. 29 et 33).

Brescia), M. Nicaise (1) et Defressine (2) ont préconisé la ponction de l'articulation tout en faisant cette réserve, qu'il faut se tenir prêt à inciser largement même si le liquide articulaire est fibrineux et floconneux.

D'ailleurs la ponction suivie d'une injection de 5 ou 6 centimètres cubes de sublimé à 1/4000 a donné de bons résultats à M. Rendu (3) et dans un cas observé dans le service de M. Balzer et dans lequel le malade fut ponctionné par notre ami, M. Mermet, interne du service.

Il ne faut pas oublier que le gonocoque se laisse facilement influencer par les agents d'antisepsie et notamment par le sublimé. Il n'en serait pas de même s'il s'agissait d'une infection mixte et dans ce cas l'arthrotomie précoce est nécessaire.

Mais la ponction n'est pas applicable à toutes les articulations comme le poignet par exemple. De plus, elle n'est pas sans danger d'après MM. Terrier et Segond; et aujourd'hui la plupart des chirurgiens s'accordent pour lui préférer l'arthrotomie.

Cette opération, grâce à l'antisepsie, est maintenant sans danger, et offre sur la ponction des avantages incontestables. Elle permet de se rendre compte des lésions, d'évacuer complètement le liquide articulaire, d'enlever les membranes fibrineuses, de rompre les adhérences et de modifier l'état de la synoviale soit par les caustiques, soit par la résection d'une partie de cette séreuse, si c'est

1. M. Nicaise. Communication orale.

2. Defressine. Thèse de Bordeaux, 1891.

3. Rendu (*Bulletin de la société médicale des hôpitaux*), n. 11, 30 mars 1893.

nécessaire; on termine l'opération par un lavage minutieux de l'articulation et toutes ses anfractuosités, soit avec le sublimé, soit avec la solution d'acide phénique à 1/20, comme le recommande M. Hartmann.

2° Dans l'arthrite aiguë séreuse grave l'intervention est plus discutable, nous la croyons indiquée seulement dans les cas que nous allons essayer de préciser.

L'arthrite est grave toutes les fois qu'un ou plusieurs des symptômes importants présente une grande intensité.

a) L'épanchement, s'il est considérable et persistant, peut arriver à causer des relâchements, des déviations et même des luxations des jointures (1). L'arthrotomie pourra être discutée dans ce cas; il sera utile de la faire précéder d'une ponction exploratrice pour examiner le liquide contenu dans l'articulation. En effet, l'opération n'est plus urgente comme dans le cas de suppuration; elle est subordonnée à l'examen de chaque cas.

b) Lorsque l'on voit rapidement se produire au cours d'une arthrite douloureuse un gonflement étendu qui se localise surtout dans les tissus péri-articulaires, et, de plus, si on voit se produire rapidement de l'atrophie musculaire on peut se demander s'il ne s'agit pas d'une arthrite menaçant d'ankylose. L'examen attentif de l'articulation, des muscles, des mouvements, etc..., guidera la détermination du chirurgien. Comme il s'agit toujours de cas déjà plus ou moins anciens, dans lesquels d'autres traitements peuvent avoir échoué, l'opération peut se

1. Thirard. Thèse de Paris, 1894.

présenter comme l'unique moyen de sauver l'articulation. Plusieurs chirurgiens la recommandent sans hésiter. Il ne faut pas attendre trop longtemps, car les lésions articulaires s'aggravent plus ou moins rapidement et le malade s'anémie et se cachectise. L'intervention chirurgicale aussi prompte que possible est donc ici parfaitement légitime.

Nous n'insisterons pas sur l'historique de l'arthrotomie et sur le manuel opératoire de cette intervention parfaitement connus et décrits.

Avec la perfection actuelle des procédés opératoires et de l'antisepsie, les résultats immédiats de l'arthrotomie sont toujours bons ; à ce propos nous rapportons trois observations inédites intéressantes dues à M. Hartmann que nous remercions sincèrement d'avoir bien voulu nous les communiquer.

Nous dirons toutefois que d'après les observations publiées, les résultats immédiats sont toujours moins satisfaisants dans l'arthrite blennorrhagique que dans les arthrites aiguës d'autre nature.

Il faut d'ailleurs observer qu'elle ne donne parfois que des résultats palliatifs (Tillaux) et incomplets.

Elle empêche l'ankylose, ce qui est le but principal. Mais elle ne dispense pas toujours du traitement ultérieur de l'arthrite. Celle-ci après la cicatrisation de la plaie sera traitée par le massage, la mobilisation et les moyens que nous avons indiqués.

Quant aux résultats éloignés de l'arthrotomie dans les cas d'arthrite blennorrhagique, nous croyons qu'ils n'ont pas été suffisamment observés jusqu'à présent, nous pen-

sons qu'ils sont de nature à conseiller la prudence au point de vue de l'intervention chirurgicale. Balzer (1) a vu un malade chez lequel l'arthrotomie avait été pratiquée dans l'articulation tarso-métatarsienne avec un plein succès opératoire et qui continuait à éprouver les plus vives souffrances dans la région opérée sur laquelle le rhumatisme se fixait obstinément.

Nous n'avons pas pu malheureusement nous procurer l'observation complète de ce malade ; mais nous rapportons l'observation d'un malade atteint d'arthrite blennorrhagique du genou droit, chez lequel l'arthrotomie fut faite à la Pitié, et réussit parfaitement. Au bout de quelque temps, ce malade dut entrer à l'hôpital du Midi, l'arthrite avait récidivé dans le genou droit, et en outre le malade était atteint d'une arthrite du genou gauche.

L'arthrite peut donc se manifester de nouveau sur une articulation déjà prise même après un succès opératoire complet.

En résumé, nous dirons avec M. Balzer : l'intervention chirurgicale n'a qu'un but parer aux dangers que crée la suppuration d'une articulation : ici l'indication d'opérer est formelle. Elle est à discuter encore dans certaines arthrites même non suppurées qui, par leur intensité, leur marche envahissante dans les tissus péri-articulaires, menacent gravement l'intégrité et le fonctionnement ultérieur de l'articulation. Mais dans la très grande

1. Balzer, *Traité de thérapeutique appliquée de Robin*, fascicule VI, page 213-214.

majorité des cas la temporisation s'impose ; il ne faut pas oublier : 1° que l'arthrite n'est qu'une localisation de l'infection générale blennorrhagique qui peut persister longtemps même après la guérison de l'urétrite ; 2° qu'une opération ne peut remédier à une infection générale ; 3° qu'en soumettant le malade avec persévérance au traitement général, au traitement de l'urétrite et au traitement local de l'arthrite, on obtient presque toujours la guérison.

IMPORTANCE DU TRAITEMENT DE L'URÉ- THRITE

OBSERVATION I

Due à l'obligeance de M. Rendu.

X..., 24 ans, domestique, entre salle Delpech, n° 7, service de M. Rendu, le 30 octobre 1893.

Pas d'antécédents rhumatismaux.

Il y a quatre mois, la malade contracte une blennorrhagie, elle a des pertes blanches très abondantes pendant trois mois.

Après la disparition des pertes la malade commence à ressentir une vive douleur sous les talons surtout sous le talon droit.

De là les douleurs gagnent le cou-de-pied et l'articulation du genou droit; les articulations augmentent de volume et les douleurs devenant plus vives, la malade se voit forcée d'abandonner son travail. Elle consulte un médecin, et à la suite d'un traitement qu'elle ne précise pas se trouve un peu soulagée.

Elle reprend son travail pendant quelques jours, mais presque aussitôt elle s'aperçoit qu'elle ne peut continuer.

Le 30 octobre la malade se présente à l'hôpital marchant péniblement en s'appuyant sur un bâton.

Le 31. — L'état général est assez satisfaisant. Il n'y a pas de fièvre l'appétit et le sommeil sont conservés.

L'articulation tibio-tarsienne et l'articulation du genou droites sont le siège d'un gonflement assez considérable.

Il n'y a pas de rougeurs des téguments au niveau de ces articulations. Au genou le choc rotulien est facile à percevoir et la fluctuation est évidente.

Les mouvements et la pression déterminent une douleur très vive.

La malade éprouve des douleurs spontanées qu'elle compare à des élancements dans ses articulations.

Douleurs le long du nerf sciatique et dans la région lombaire, se propageant vers les deux flancs que la malade compare à celles que déterminerait une ceinture trop serrée.

Dans la région du cœur on entend un souffle extra-cardiaque.

Céphalée assez marquée.

Les urines sont troubles.

Traitement : Repos au lit. Injections au permanganate de potasse.

Le 1^{er} novembre. — Même état et même traitement.

Le 2 novembre. — Injections. Les douleurs sciatiques et celles de la région lombaire ont disparu. Bien qu'éprouvant encore un peu de céphalée la malade se trouve mieux, les pertes ont disparu.

L'articulation tibio-tarsienne gauche devient douloureuse.

3 novembre. — On commence à constater les bons effets des injections. La malade veut essayer de marcher, mais la douleur et la raideur du genou droit l'en empêchent.

4 novembre. — La malade se plaint de douleur dans le coude gauche, mais on ne constate pas de gonflement. La malade commence à marcher. L'état général est bon.

5 novembre. — La douleur du coude a disparu. L'articulation

tibio-tarsienne et l'articulation du genou sont encore raides et un peu enflées mais non douloureuses à la pression.

6 novembre. — Les douleurs dans le coude gauche sont revenues, elles se produisent surtout dans les mouvements d'extension et de flexion. La malade boite un peu à cause de la gêne des mouvements dans l'articulation tibio-tarsienne.

7 novembre. — La malade marche, les douleurs dans les articulations disparaissent de plus en plus sous l'influence des injections. Les pertes n'ont pas reparu.

Le 8 novembre. — La malade demande à quitter l'hôpital, elle marche facilement. Les articulations ne sont plus ni enflées, ni douloureuses. Elle reste quelques jours à l'hôpital pour se reposer.

Du 9 au 12 novembre. — Rien de particulier à noter, la malade quitte l'hôpital guérie.

Examen bactériologique. — Au moyen du fil de platine stérilisé, on prend à diverses reprises et dans différents endroits des traces des matières purulentes, on les étale sur une lamelle stérilisée et on colore au bleu de méthylène.

1^{er} novembre. — *Vagin.* — Bactéries très nombreuses isolées ou en amas. Quelques-unes en chaînettes. Cocci en chaînettes. Fibrine. Ni gonocoques, ni cellules vaginales.

Col. — Cellules de la muqueuse. Bactéries moins nombreuses que dans le vagin. Gonocoques nombreux. Leucocytes abondants.

Fond de l'utérus. — Leucocytes, cellules de la muqueuse. Bactéries et gonocoques.

9 novembre. — *Urèthre.* — Cellules de la muqueuse. Fibrine. Bactéries nombreuses. Gonocoques isolés.

Vagin. — Cellules épithéliales abondantes. Pas de leucocytes. Bactéries. Pas de gonocoques.

Col. — Cellules épithéliales. Pas de bactéries nettes.

Fond de l'utérus. — Rien.

OBSERVATION II

Due à l'obligeance de M. Rendu.

D... Etienne, 28 ans, clerc d'avoué, entré le 30 octobre 1893, salle Chauffard, lit n° 7.

Ce malade a contracté une blennorrhagie, il y a 8 ou 9 ans. Il fut soigné par M. Dujardin-Beaumetz (douche le matin, bain sulfureux le soir, santal et exalgine).

Aux premiers jours de septembre 1892, le malade recommence à couler. Il prend du copahu qui lui donne des coliques et des injections uréthrales d'eau boriquée.

D'octobre 1892 au 31 mai 1893. — Il est soigné dans le service du professeur Panas pour un iritis dont c'est la troisième attaque (la première a eu lieu à 18 ans). Il a toujours été soigné de cette affection par M. Panas.

Au sortir de l'Hôtel-Dieu l'écoulement s'est arrêté petit à petit.

Au commencement d'octobre, cinq jours après un coït suspect, nouvelle recrudescence. Huit jours après légère tuméfaction de de l'articulation tibio-tarsienne gauche.

Le 28 octobre au matin ayant dû se rendre à son bureau qui est à 35 minutes de marche en 20 minutes à peine, il est pris aussitôt arrivé d'une douleur violente qui le force d'abord à délayer sa bottine, puis à se faire reconduire chez lui en voiture.

Le 29 octobre — Douleurs lancinantes ayant cédé à l'absorption de 2 grammes d'antipyrine. Ces douleurs se firent sentir à la cuisse, au genou et au pied droit, et à l'épaule gauche.

A son entrée 30 octobre on trouve le pied gauche enflé et douloureux surtout au côté interne de l'articulation tibio-tarsienne

gauche au niveau des gaines tendineuses, le long desquelles on aperçoit des traînées rouges et chaudes.

31 octobre. — Premier lavage au permanganate de potasse au 1/4000. L'écoulement est assez abondant.

Le malade ne peut pas marcher.

1^{er} novembre. — Ecoulement moins abondant. Rien à noter du côté de l'articulation. Lavage au 1/2000.

2 novembre. — Ecoulement presque nul. Lavage au sublimé à 0,05 p. 1000.

Le malade a pu faire quelques pas.

3 novembre. — Nouveau lavage au sublimé au 1/2000. L'articulation fait un peu moins mal.

4 novembre. — L'articulation a beaucoup désenflé. Le malade a pu aller au bain tout seul appuyé sur deux bâtons.

Bichlorure au 1/20000.

5 novembre. — Le malade a pu faire trois ou quatre pas sans aucun soutien. L'articulation n'est pas rouge. Lavage au permanganate au 1/2000.

6 novembre. — Le malade a souffert un peu après son injection d'hier.

Lavage de permanganate au 1/2000.

Le malade marche avec une seule canne.

7 novembre. — Lavage au permanganate au 1/1000. Douleurs très vives dans les deux heures qui ont suivi l'injection.

L'urine émise est floconneuse.

8 novembre. — Permanganate au 1/2000.

9 novembre. — Le malade a beaucoup souffert et a uriné du sang. Injection au 1/4000.

10 novembre. — Le malade a souffert toute la nuit. Il a eu des urines troubles et chargées. Injection au 1/8000.

11 novembre. — Le malade a encore souffert et uriné un peu de sang. Injection au 1/8000.

12 novembre. — Injection au 1/4000.

13 novembre. — Injection au 1/2000.

14 novembre. — Injection au 1/1000, le malade ne souffre pas.

15 novembre. — *Idem*.

16 novembre. — Injection au 1/500. Le malade n'a rien ressenti.

17 novembre. — Continuation du même traitement.

18 novembre. — Le malade marche assez facilement et ne coule plus.

23 novembre. — Il quitte l'hôpital guéri.

Bactériologie. — 1^{er} novembre. — Fibrine abondante. Leucocytes. Pas de gonocoques nets. Bactéries nombreuses.

2 novembre. — Mucus abondant. Leucocytes rares. Diplocoques (ou gonocoques pas nets). Plus de bactéries.

3 novembre. — Peu de mucus. Leucocytes très abondants. Diplocoques extra et intra-cellulaires (aucun n'est un gonocoque net). Cellules uréthrales.

4 novembre. — Peu de mucus. Leucocytes très abondants. Gonocoques très nets. Peu de cellules uréthrales.

6 novembre. — Peu de leucocytes. Mucus abondant. Gonocoques assez nombreux isolés. Cellules uréthrales. Lavage au permanganate.

7 novembre. — Mucus abondant. Quelques leucocytes. Gonocoques. Cellules uréthrales.

Le malade est revu le 6 décembre; dans son écoulement on constate des leucocytes et quelques gonocoques.

OBSERVATION III

(Dûe à l'obligeance de M. Rendu)

S... Auguste, 51 ans, plombier, entre à la salle Chauffard, le 27 octobre 1893.

Le malade a contracté il y a cinq semaines environ une blennorrhagie. Huit jours après, ayant dû travailler toute une journée sous la pluie, il ressentit des douleurs vagues dans l'articulation tibio-tarsienne droite, qui ne tarda pas à enfler.

Frictions à l'alcool camphré et application d'une pommade. Légère amélioration.

Actuellement, à son entrée, l'articulation tibio-tarsienne droite est enflée, dure et résistante à la pression, sans rougeur bien nette. Au-dessous de la malléole interne, point douloureux.

Comme mensurations.

	Pied droit	Pied gauche.
Cou de pied	31 c, 3	29,5
Sur les malléoles.	23 2	19,5
Tarse.	24 5	2,3

De plus à l'auscultation du poumon gauche le malade présente en arrière une diminution des vibrations thoraciques et du murmure vésiculaire.

Il n'a jamais eu de rhumatisme aigu, mais les doigts sont noueux et un peu déformés. Aux deux genoux arthrite sèche chronique, on entend de forts craquements quand le malade fléchit la jambe sur la cuisse.

Traitement : Grands lavages avec le permanganate de potasse au 1/4000.

Le 28 octobre. — Premier lavage.

Le 29 octobre. — Apparition au niveau de la jointure d'un œdème assez net.

Le 30 octobre. — Lavage de permanganate au 1/2000.

Le 31 octobre. — Disparition de l'œdème et d'une partie du gonflement, lavage au 1/2000.

1^{er} novembre. — Le malade a uriné un peu de sang : les deux lavages suivants sont faits au 1/4000. Rien de nouveau du côté de l'articulation, mais le malade commence à marcher un peu plus facilement.

3 novembre. — Hier l'injection a été suivie de l'émission d'un peu de sang. Le lavage d'aujourd'hui sera fait au 1/2000.

Le malade se plaint de courbature générale : le pied droit est repris d'œdème.

Les mouvements de rotation du pied sont seuls douloureux. Le lavage a aussi été moins douloureux que les autres jours.

Grand bain qui a procuré au malade une sensation de bien-être très appréciable.

4 novembre. — Cessation de l'hématurie. Grand lavage au 1/1000.

5 novembre. — Presque plus d'œdème. Articulation douloureuse à la pression seulement, au-dessous et en avant de la malléole interne.

Le malade a marché avec une canne pendant la journée.

Injections de permanganate au 1/1000.

6 novembre. — Le malade a été au bain de son pied et a marché toute la journée avec un bâton. Lavage au 1/1000.

7 novembre. — Le malade a uriné une grande quantité de pus. Son urine est excessivement trouble.

Le lavage au 1/1000 l'a un peu fatigué et la nuit n'a pas été bonne à cause de la douleur persistante.

8 novembre. — En raison de ce symptôme, lavage au 1/4000.

9 novembre. — Le malade marche encore un peu difficilement.

Lavage de l'urèthre antérieur à la solution de permanganate au 1/1000.

10 novembre. — Lavage de l'urèthre antérieur au 1/500.

11 novembre. — Cessation du traitement. L'articulation est toujours un peu empâtée et douloureuse à la pression au niveau du jambier antérieur. Douleurs vagues le long de la jambe et au genou.

20 novembre. — Le malade quitte l'hôpital, l'articulation tibio-tarsienne encore légèrement empâtée, mais il marche bien.

Bactériologie. — 30 octobre. — Gonocoques en petite quantité, mal colorés. Leucocytes multinucléaires en grand nombre. Quelques cellules uréthrales.

2 novembre. — Gonocoques rares, leucocytes nombreux. Quelques cellules uréthrales. Peu de mucus.

3 novembre. — Pas de gonocoques. Nombreux leucocytes. Cellules épithéliales. Peu de mucus.

4 novembre. — Quelques gonocoques. Leucocytes nombreux, Quelques cellules uréthrales.

7 novembre. — Plus de gonocoques, leucocytes en grand nombre, filaments. Cellules uréthrales.

OBSERVATION IV

Due à l'obligeance de M. Rendu.

V... Alexis, 18 ans, charpentier, entre le 9 octobre 1893, salle
Chauffard.

Ce malade vient faire traiter une arthrite du genou droit qui a débuté l'avant-veille. L'enflure a augmenté petit à petit et en même temps le malade a éprouvé des douleurs lancinantes dans le genou malade. Ces douleurs depuis généralisées se font sentir surtout la nuit dans les reins, dans les jambes et dans les bras.

A l'examen du genou on constate un léger empâtement. Les dimensions comparatives sont :

Pour le genou droit.	Pour le genou gauche.
Sur la rotule 35 cent.	33 cent.
A 3 cent. au-dessus 33 cent.	31 cent.
A 8 au-dessous 34 cent.	31 cent. 5

L'arthrite est consécutive à une blennorrhagie : l'écoulement a commencé il y a quatre semaines. Le malade a suivi un traitement insignifiant.

Actuellement l'écoulement est modéré, mais on obtient facilement la goutte de pus.

Traitement. — Lavages au permanganate de potasse au 1/4000. Après le premier lavage, dès le lendemain 11 octobre on constate une légère diminution de volume de la jointure malade.

Les jours suivants lavages au 1/2000.

Le 14. — L'articulation du genou droit est complètement désempatée, la mensuration donne l'égalité avec les mesures prises antérieurement sur le genou gauche, mais celui-ci se prend à son tour.

Enveloppement ouaté des deux articulations au bout de quelques jours, disparition des accidents du côté des articulations des genoux, mais les épaules, l'épaule droite en particulier, ainsi que les articulations du poignet et les petites jointures, se prennent à leur tour, mais l'état inflammatoire ne dure que quelques jours.

Le 28 octobre. — On cesse les lavages au moment où le ma-

lade quitte l'hôpital. Il lui reste une certaine douleur dans l'articulation du poignet gauche, mais toutes les autres articulations sont en bon état et la marche est très facile.

Bactériologie. — Le pus du canal examiné deux fois a présenté des gonocoques. On n'a pas suivi leur disparition.

OBSERVATION V

Due à l'obligeance de M. Rendu.

Inefficacité du salicylate de soude. Gonococcisme latent.

Adolphe M..., 48 ans, peintre en bâtiments, entre le 17 février 1896, salle Bouley, n° 14 (service de M. Rendu à Necker).

Antécédents. — En 1870, dyssentérie.

En décembre 1894. — Première attaque de rhumatisme. Les orteils sont pris, les pieds sont enflés, ainsi que la main gauche. Le malade garde le lit pendant trois semaines, il est traité par le salicylate de soude.

La malade dit n'avoir jamais eu de blennorrhagie.

Repris, le 17 septembre 1895, de douleurs dans les articulations des deux pieds. Il garde la chambre jusqu'au 1^{er} janvier 1896. A cette époque, il est obligé de se coucher.

Il est traité par le salicylate de soude qui ne produit pas d'amélioration.

Dans les premiers jours de janvier, le malade a éprouvé pendant deux jours dans le canal de l'urèthre une sensation de brûlure qu'il attribue au traitement.

Pendant les derniers jours de janvier et les premiers jours de février, il ne souffre plus de sa main droite.

Le 9 février. — Le malade est pris de douleurs au niveau de la main gauche.

Le 17 février. — Il entre à Necker, dans le service de M. Rendu, salle Bouley.

État au moment de l'entrée à l'hôpital. — Le 17 février. — On constate un gonflement douloureux de la face dorsale de la main gauche du poignet et de l'avant-bras.

L'articulation du coude est particulièrement douloureuse, les culs de sac de la synoviale sont très distendus.

L'avant-bras est fléchi légèrement sur le bras. Les mouvements de l'articulation du coude sont très douloureux.

Les parties molles péri-articulaires sont très œdématisées mais pâles, on ne constate pas la moindre rougeur.

Lorsqu'on examine l'urèthre, on arrive à voir au fond du méat une petite quantité d'un liquide jaunâtre, dans lequel l'examen microscopique a révélé la présence de *gonocoques peu nombreux*.

Trailement. — On exerce une compression légère au niveau de la main, de l'avant-bras et du coude avec la bande de caoutchouc.

Le 20 février. — Premier lavage au permanganate de potasse à 1/4000.

Le 21 février. — Second lavage. Le soir, le malade se trouve déjà mieux, les douleurs articulaires sont moins vives.

Le 22 février. — Troisième lavage, le malade commence à remuer les doigts et le poignet. L'articulation du coude est encore douloureuse.

On continue à faire un lavage tous les jours, en employant la solution un peu plus concentrée.

Le 24 février. — L'enflure et les douleurs sont très diminuées.

Le 25 février. — La douleur ne persiste plus qu'au niveau du coude. La tuméfaction a presque complètement disparu au niveau du poignet et de l'avant-bras.

Le 27 février. — La douleur dans le coude gauche a complètement disparu. Le malade commence à faire quelques mouvements.

Le 28 février. — Le malade se plaint de légères douleurs dans l'épaule gauche.

Les jours suivants, le malade continue le traitement par les lavages, les douleurs de l'épaule disparaissent très rapidement, les mouvements redeviennent faciles dans le poignet et dans le coude.

Le malade reste quelques jours à l'hôpital pour se reposer.

Le 14 mars. — Il sort complètement guéri.

Cette observation nous semble intéressante à deux points de vue sur lesquels nous demanderons la permission d'insister.

Nous voyons d'abord que nous avons affaire à un cas où l'inefficacité du salicylate de soude est évidente.

En effet, le malade a absorbé du 17 décembre au 17 février, environ 160 grammes de salicylate de soude, sans obtenir la moindre amélioration.

Ensuite, nous constatons que nous avons affaire dans ce cas, à cette forme curieuse de l'infection blennorrhagique qu'on a appelé *le gonococcisme latent*: notre malade, homme intelligent et très sincère, croyons-nous, a été interrogé soigneusement, et à diverses reprises, il dit n'avoir jamais eu de blennorrhagie, jamais d'écoulement ni de douleur en urinant, mais seulement cette sensation de cuisson dans le canal qui n'a duré que deux jours au commencement de janvier et qu'il attribue au salicylate de soude.

OBSERVATION VI

Due à l'obligeance de M. Rendu.

Pierre D..., 53 ans, journalier. Entre le 21 février, n° 9, salle Bouley, pour tuméfaction douloureuse de la main droite et du genou droit.

Le malade a toujours eu une bonne santé générale.

A 17 ans, il a une bronchite dont il ne garde aucune trace.

Il y a deux ans, première blennorrhagie ayant duré un mois et demi, accompagnée d'un ganglion suppuré dans la région inguinale gauche.

Le 4 janvier dernier. — Nouvelle blennorrhagie traitée sans succès par divers médicaments.

Le 10 février. — Le malade est pris brusquement pendant la nuit d'une douleur dans la main droite accompagnée d'un gonflement de la région.

La douleur et la tuméfaction disparaissent bientôt pour revenir le 4 février. Cette seconde attaque touche à la fois la main et le genou droit : le malade se couche.

Le 21 février. — Il entre à l'hôpital.

A son entrée, on constata un écoulement blennorrhagique assez abondant. Pas de ganglions inguinaux.

La main droite est tuméfiée et douloureuse, surtout au niveau de sa face dorsale. Les articulations ne semblent pas touchées. Les mouvements sont peu douloureux. L'inflammation siège dans les gaines synoviales de la région dorsale de la main ; c'est aussi en cet endroit qu'est le gonflement et que la pression est douloureuse.

Au genou, les culs-de-sac synoviaux sont distendus par une certaine quantité de liquide. La gêne fonctionnelle paraît devoir être attribuée plutôt à la présence du liquide qu'à la douleur qui n'existe pas.

Rien à signaler de particulier du côté des systèmes circulatoire, respiratoire, digestif et nerveux.

Le 22 février. — Injection de permanganate au 1/4000, qui est continuée les jours suivants.

Le 25 février. — La tuméfaction et la douleur ont beaucoup diminué au niveau de la région dorsale de la main, le genou est toujours distendu par du liquide. On fait une ponction avec la seringue de Pravaz ; on retire une sérosité louche qui n'a cependant pas l'aspect du pus franc.

L'examen microscopique des liquides du genou décèle des cellules endothéliales, quelques leucocytes, mais pas de microbes.

Le 26 février. — La tuméfaction semble avoir un peu augmenté au niveau du genou ; l'articulation est plus douloureuse. Au niveau de la main, l'amélioration continue : la tuméfaction n'existe plus, le malade ne conserve qu'une certaine gêne à fléchir complètement les doigts.

Le 2 mars. — Le malade obligé de partir, quitte le service très amélioré.

OBSERVATION VII (résumée).

La fille B., 20 ans, entre au commencement de janvier 1894, à la salle Lasègue, pour une arthrite consécutive à une blennorrhagie de date récente.

On institue le traitement par les grands lavages au permanganate de potasse.

L'amélioration est sensible dès les premiers jours.

Le 2 février 1894. — La malade sort guérie.

OBSERVATION VIII (personnelle).

Albert M..., 23 ans, entré le 16 mars 1896, 4, salle Bouley.

Antécédents rhumatismaux, héréditaires et personnels, nuls. —

Pas de blennorrhagie antérieure.

Blennorrhagie depuis quinze jours. Écoulement abondant. Deux ou trois jours après le début de l'urétrite, douleurs dans le genou droit et dans l'articulation sterno-claviculaire gauche, dans le coude et dans le bras gauche. Le malade entre dans le service de M. Huchard, salle Chauffard. A ce moment le genou est très gonflé et des douleurs vives le long des muscles se font sentir.

Traitement. — Tisane de chiendent, salicylate de soude pendant onze jours, jusqu'à 8 grammes par jour durant deux ou trois jours.

Sorti le 12 mars. Ne souffrant plus. Pendant deux ou trois jours le malade se remet à travailler et se fatigue.

Le 15. — Le malade est repris dans le genou gauche et le 16 entre à l'hôpital Necker, salle Bouley, service de M. Rendu.

Le genou était rouge, gonflé, distendu par un épanchement assez abondant. Douleur à la pression. Mouvements très douloureux. Le soir même le poignet gauche est pris. Fièvre. La température générale monte à 38°,6.

Traitement. — Le 17 le malade commence les lavages au permanganate de potasse. Il prend tous les matins un grand lavage chaud de 1 litre à 1 litre et demi jusqu'au lundi 23 inclusivement.

Dès le 19. — Le poignet commence à s'améliorer sensiblement.

Le 20. — Les mouvements du poignet redeviennent possibles, ainsi que ceux du genou.

Le 23 mars. — Le malade sort de l'hôpital, il peut marcher facilement, le genou conserve un peu de raideur. Le poignet est complètement guéri et l'écoulement n'a pas reparu.

OBSERVATION IX (résumée).

Synovite blennorrhagique.

Marine D..., 24 ans, entre à la salle Lasègue, le 22 avril 1895, avec une leucorrhée abondante. La malade se plaint en plus de souffrir depuis une dizaine de jours d'une douleur vive à la partie supéro-interne du bras au point d'insertion des fibres deltoïdiennes sur l'humérus.

Trailement. — Injections de permanganate de potasse. Au bout de peu de jours, disparition simultanée de la douleur du membre supérieur et de l'écoulement vaginal.

OBSERVATION X (résumée).

Léonie B..., 24 ans.

Entre à l'hôpital Necker, salle Lasègue, service de M. Rendu, 1^{er} 6 mai 1895.

Écoulement jaune verdâtre. Douleurs à la miction depuis un mois.

D'abord douleurs vives mais fugaces aux épaules, aux coudes, aux poignets, ces douleurs cessent rapidement. Arthrite de l'articulation tibio-tarsienne gauche.

Traitement. — Deux injections de permanganate par jour. Appareil plâtré, pointes de feu.

Sort le 20 juin, marche sans douleur et sans raideur.

OBSERVATION XI (résumée).

Hippolyte P..., 20 ans, livreur.

Entre le 1^{er} juillet 1895 à l'hôpital Necker, service de M. Rendu, salle Bouley.

Blennorrhagie datant de huit jours environ.

Douleurs dans le genou droit depuis quatre jours. Arthrite avec épanchement moyen.

Traitement. — Deux lavages au permanganate de potassé tous les jours. Au bout de six à huit jours, amélioration considérable de l'articulation. A partir de ce moment le malade prend 2 grammes de salol par jour.

Sort le 19 juillet 1895. Guéri.

OBSERVATION XII

D... Marie, cuisinière, 28 ans, entre dans le service de M. Rendu, le 16 mars 1895, salle Lasègue, lit n° 24.

La malade entre pour douleurs rhumatismales aiguës au pied gauche.

Antécédents héréditaires. — Aucun rhumatisant dans sa famille.

Antécédents personnels. — A part la rougeole vers 7 ou 8 ans n'a jamais été malade avant l'affection blennorrhagique.

A un enfant bien portant.

L'été dernier (c'est-à-dire il y a 9 ou 10 mois) a pour la première fois ressenti, à la suite d'un refroidissement, des douleurs dans le genou gauche; mais elles n'ont duré qu'une douzaine de jours: elles étaient assez intenses pour empêcher la flexion de la jambe sur la cuisse.

Cependant depuis cette époque, à part un sentiment de lassitude dans le genou et quelquefois une grande difficulté pour le plier — crépitation — peu de choses ont subsisté des accidents primitifs.

La malade a contracté trois semaines avant son entrée une blennorrhagie typique. Quinze jours après, c'est-à-dire, il y a huit jours, elle a ressenti des douleurs vives dans l'articulation scapulo-humérale gauche, puis dans la hanche où elles sont moins fortes. Cet état dure une semaine environ, puis le samedi 14 mars, la malade est prise de localisations dans les deux pieds et à la main droite.

Le pied droit était enflé mais indolore, le pied gauche, enflé à son tour, mais est très douloureux, ce qui décide la malade à entrer le lundi 16 mars.

A l'examen, la partie dorsale du pied gauche est rouge vif, très enflée, bosselée même sur le trajet des tendons et des gânes synoviales: elle est même un peu infiltrée. Tout mouvement du pied est impossible et le moindre contact insupportable.

A la main droite accidents insignifiants; rien du côté des autres articulations.

Pas d'albumine. Rien au cœur.

L'écoulement gonococcique persiste.

M. Rendu diagnostique, synovite blennorrhagique aiguë du pied gauche et ordonne comme traitement unique des injections

vaginales au permanganate, d'abord une, puis deux par jour, le troisième jour.

18 mars. — L'inflammation et l'œdème paraissent un peu diminuées, et s'arrêtent très manifestement au ligament annulaire antérieur du tarse.

L'écoulement vaginal persiste.

20. — L'application d'un emplâtre de Vigo provoque une éruption à forme herpétique, vésicules très serrées, nombreuses, de la grosseur d'une tête d'épingle, remplies d'une sérosité jaunâtre. Démangeaison modérée.

Le Vigo est supprimé. On continue les injections.

Les douleurs de la miction ont disparu, mais celle-ci est toujours difficile.

23. — L'éruption due au vigo semble terminée; les vésicules sèchent et se desquamant.

25. — Nouvelle éruption généralisée, ressemblant à la rougeole et disparaissant très vite.

30. — La malade va beaucoup mieux et se lève.

1^{er} avril. — L'inflammation et l'œdème ont disparu et la douleur à la pression paraît localisée en deux ou trois points très nettement limités.

17 avril. — La malade va assez bien. Les jours précédents elle a, étant sans emploi, visiblement exagéré son état pour rester quelques jours de plus à l'hôpital.

Elle marche à peu près normalement, mais dit se fatiguer vite.

Pendant la marche, le pied est indolore dans la région du talon et des orteils, et la douleur ne se fait sentir que sous la malléole externe.

Toute la région sous-jacente à la malléole externe et en avant dans un triangle de 8 centimètres de côté est douloureuse à la pression.

De plus la synovite semble un peu persister en avant des extenseurs.

Léger écoulement vaginal, tachant peu le linge.

28 avril. — La malade rentre par la consultation externe.

On recommence les injections au permanganate et le repos est recommandé.

Pointes de feu sur le trajet des gaines.

29. — L'inflammation et l'œdème qui étaient à peine sensibles ont disparu.

M. Rendu constate l'absence absolue de signes extérieurs de la synovite.

Mais la malade accuse toujours une douleur extrême sur le trajet des gaines tendineuses.

La palpation et la flexion du pied sont très douloureuses.

M. Rendu pratique un premier massage et en ordonne un journalier.

La malade ne se lève pas, et prétend ne pouvoir ni marcher, ni appuyer son pied sur le sol.

2 mai. — La malade est très améliorée, les mouvements et la marche sont peu douloureux.

10 mai. — La malade est encore à l'hôpital, mais la guérison est complète.

A ces observations nous pourrions joindre celles de quinze malades traités à l'hôpital du Midi en 1894. Ces malades ont tous été traités par le salicylate de soude et les balsamiques à l'intérieur et par les grands lavages uréthraux au permanganate de potasse.

Tous, au bout d'un temps variable, il est vrai, sont sortis de l'hôpital guéris ou dans un état des plus satisfaisant.

Nous ne citons pas ces observations en détail de crainte de tomber dans les redites.

Observations recueillies à l'hôpital du Midi dans le service de M. Balzer.

Traitement local et bains térébenthinés. — Sable chaud.

OBSERVATION XIII

Oscar P., 37 ans, tonnelier, entré le 12 janvier 1895 à l'hôpital Ricord, service de M. Balzer, salle 6, n° 38.

Blennorrhagie de trois semaines.

Début des douleurs articulaires vers le 25 décembre, par conséquent peu de temps après le début de la blennorrhagie.

12 janvier. — Entre à l'hôpital avec des douleurs dans les muscles de l'épaule gauche, dans le genou gauche et à la face plantaire des deux pieds.

Traitement. — Applications de pommade salicylée. Salicylate de soude. Lavages de l'urèthre au permanganate de potasse.

22 janvier. — Premier bain général, térébenthiné. Le malade l'a assez difficilement supporté, il a ressenti de vives démangeaisons pendant plus d'une heure après le bain. Pas d'amélioration sensible.

24 janvier. — Second bain.

26 janvier. — Troisième bain.

Ces deux derniers bains sont mieux supportés. L'amélioration est sensible. Les douleurs musculaires de l'épaule sont très diminuées.

Tous les deux jours le malade prend son bain : la réaction sur la peau est vive mais sans douleur.

Au deuxième bain l'amélioration est très grande et les douleurs ont presque complètement disparu.

Le 25 février. — Le malade prend son treizième bain.

Le 26 février. — Il sort complètement guéri.

OBSERVATION XIV

Camille V..., 32 ans, courtier, entré à l'hôpital Ricord, salle 7, n° 10, service de M. Balzer, le 15 février 1895.

Antécédents. — Bonne santé antérieure. Pas de rhumatisme.

Blennorrhagie depuis un mois.

Arthrite du genou gauche depuis trois semaines.

Arthrite du coude gauche depuis 20 jours.

Le 15 février. — Le malade entre à l'hôpital.

Les articulations sont augmentées de volume ; à leur niveau la peau est rouge, tendue. Au genou le choc rotulien est très net.

Pas d'élévation de la température générale.

Le 16 février. — Premier bain térébenthiné. Le malade le supporte très difficilement, il y reste à peine dix minutes.

Ensuite bains quotidiens de mieux en mieux supportés. Des bains locaux et des bains généraux sont donnés alternativement.

Au bout du sixième bain, l'amélioration commence à se manifester.

L'articulation diminue de volume. La peau est moins rouge, la douleur spontanée n'existe plus.

Mais les mouvements sont encore impossibles et la palpation très douloureuse.

Le 26 février. — Le malade en est à son dixième bain.

Attitude vicieuse du genou en demi flexion. L'extension est difficilement obtenue et accompagnée de craquements.

Apparition d'une névralgie sciatique mais elle disparaît très vite sous l'influence des bains.

Le 21 mars. — Le coude est encore un peu douloureux à la pression. Il en est de même du genou ou de plus les mouvements de flexion forcée sont aussi douloureux.

Jusqu'à cette époque le malade a toujours pris des bains quotidiens tantôt locaux tantôt généraux. A partir du 21 mars il ne prend plus que des bains généraux.

Le 26 mars. — Le malade quitte l'hôpital dans un état très satisfaisant.

OBSERVATION XV

Louis L..., boucher, 40 ans, salle 6, n° 16.

Syphilis depuis 10 ans.

Antécédents. — Première blennorrhagie en 1890 avec arthrite du genou gauche.

En décembre 1893, le malade a déjà été traité dans le service pour une blennorrhagie avec rhumatisme des deux pieds ; il était sorti sur sa demande très amélioré mais non guéri.

Le 20 février 1895, le malade entre à l'hôpital pour blennorrhagie persistante avec rhumatisme des deux genoux et des deux articulations tibio-tarsiennes.

Le 21 février. — Premier bain local bien supporté.

Le malade prend du salicylate de soude.

L'urétrite est traitée par les grands lavages au permanganate de potasse et l'opiat administré à l'intérieur.

L'amélioration ne se montre qu'au quatrième bain. Les douleurs diminuent et le malade dort mieux la nuit.

Le 7 mars. — Les jointures ont repris leur apparence normale, le gonflement a disparu au cou de pied des deux côtés et au genou gauche. Le genou droit est encore un peu tuméfié.

Le 24 mars. — Les pieds sont moins bien que le 7 mars mais cependant mieux qu'au début. Il y a de la tuméfaction et une légère rougeur de la peau. La pression et la marche sont douloureuses. Le pied gauche est un peu moins malade que le droit.

Jusqu'au 27 mars le malade continue l'usage des bains. A partir du 28 mars, les bains sont supprimés et remplacés par des applications de pommade salicylée et térébenthinée.

Le 9 avril. — Le malade sort complètement guéri.

OBSERVATION XVI

L..., 39 ans, malade de la consultation externe.

L..., a contracté une blennorrhagie à la fin de mars 1895.

Les douleurs ont commencé vers le 20 avril ; elles sont restées localisées dans les deux genoux, dans le genou gauche surtout qui est très enflé et douloureux à la pression.

Impotence à peu près complète du membre.

Au mois de mai le malade commence à prendre des bains térébenthinés.

Dès le premier jour le soulagement a été très manifeste.

Le 6 juin le malade a pris son douzième bain.

Le 7 juin il trouve son genou absolument comme avant sa maladie. Ni douleur, ni œdème.

Il fait comme autrefois son dur service de facteur.

OBSERVATION XVII

L..., Eugène, 28 ans, sans profession, entre à Ricord, salle 6, n° 2, le 23 avril 1895.

Dans les derniers jours de mars le malade a contracté une blennorrhagie.

Les douleurs ont débuté le 15 avril.

Le malade a d'abord souffert des reins, puis du genou et du cou-de-pied droits, et presque en même temps de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index gauche.

A son entrée le malade présente les mêmes localisations.

Vu son état de faiblesse on ne donne pas de bains au malade.

Le 26 avril. — Il est pris d'orchite.

Au 18 mai. — On constate que la cheville droite est encore douloureuse et tuméfiée.

Le genou est revenu à l'état normal, la région lombaire est douloureuse à la pression.

L'index est désenflé depuis quelques jours.

L'état général étant meilleur, le malade prendra de l'opiat, et on lui donnera deux grands bains térébenthinés par semaine et un bain local quotidien.

Le 4 juin. — L'écoulement urétral a disparu.

La tuméfaction de la cheville n'existe plus, mais la douleur à cet endroit est réveillée par la marche.

Le genou et la région lombaire ne présentent plus aucune douleur.

L'index gauche est encore sensible lorsqu'on lui fait faire des mouvements.

Le bras gauche étant étendu, les mouvements d'abduction et

d'adduction sont douloureux au niveau de l'articulation scapulo-humérale.

OBSERVATION XVIII

Alphonse G..., 26 ans, entre salle 6, n° 11, le 15 avril 1895.

Le malade a eu plusieurs blennorrhagies, la dernière date du mois de janvier 1894 et fut guérie au bout d'un mois. Aucune de ces blennorrhagies ne s'est accompagnée de manifestations articulaires.

Cette année, trois jours après un coït suspect apparaît un nouvel écoulement.

Le 15 avril. — Le poignet gauche commence à enfler.

Le 16 avril. — Le genou gauche se prend à son tour ; mais les arthrites évoluent sans causer de douleurs vives et le malade peut continuer son travail.

Le 20 avril. — Il est obligé de s'arrêter, il va successivement à la consultation de Necker et de la Pitié.

Le 25 avril. — Il entre à l'hôpital Ricord.

A ce moment, la main droite était un peu enflée, les mouvements des doigts un peu gênés, mais l'articulation est peu douloureuse.

Le genou gauche est très enflé, non douloureux à la pression, mais le malade ne peut pas marcher ni rester debout.

Deux ou trois jours après, la cheville gauche et la cheville droite enflent successivement mais sans provoquer de grandes douleurs.

Traitement. — A l'intérieur, salol et salicylate de soude.

L'urétrite est traitée par les lavages au permanganate de potasse.

Dès le jour de son entrée, le malade prend des bains locaux térébenthinés.

Au bout de trois ou quatre jours, la jambe et le poignet désenflent, le malade dit qu'il semble qu'à chaque bain on lui enlève son mal. Après chaque bain, la douleur disparaissait pour ne reparaître que deux ou trois heures après, mais très légère.

13 mai. — Le malade a pris les bains locaux térébenthinés tous les jours depuis le 25 avril.

Le poignet est complètement désenflé, pas douloureux, les mouvements s'exécutent facilement.

Le genou présente encore un peu de gonflement à sa partie interne, mais il n'est absolument pas douloureux et on n'y constate pas d'épanchement.

Les chevilles sont également revenues à l'état normal.

Le malade quitte donc l'hôpital dans un état très satisfaisant.

OBSERVATION XIX

Gustave M..., 25 ans, ébéniste, entre salle 6, n° 20, le 1^{er} mai 1895.

Blennorrhagie d'un mois et demi.

Rhumatisme d'un mois.

Les douleurs ont commencé par le cou de pied, puis les genoux et l'articulation coxo-fémorale ont été pris. Ces douleurs n'ont pas persisté.

L'articulation tibio-tarsienne est surtout prise, très enflée, très douloureuse surtout pendant la marche.

Le 2 mai. — Le malade commence le traitement.

A l'intérieur, opiat et salicylate de soude. Bains locaux térébenthinés du pied.

Dès le début, le malade se trouve soulagé.

Le 28 mai. — Il quitte l'hôpital ayant pris 25 bains.

L'enflure et la douleur ont disparu.

Le malade ne ressent plus qu'un peu de faiblesse dans les membres.

Il marche facilement.

OBSERVATION XX

J... Jules, 27 ans, garçon de café, entré à l'hôpital Ricord, salle 6, n° 5, le 22 mai 1895.

J... s'est aperçu il y a 25 jours d'un écoulement blennorrhagique peu abondant.

Pas d'arthrite antérieure.

Antécédents personnels. — Nuls.

Au moment de l'apparition de l'écoulement, il était sans travail, mais, ayant repris son métier, très fatigant, il ressent dès le second jour, en même temps qu'une recrudescence, des symptômes uréthraux, une douleur au cou-de-pied gauche empêchant presque totalement la marche, et disparaissant par le décubitus. Cette douleur devient de plus en plus vive.

Il reste couché huit jours chez lui : badigeonnages de teinture d'iode sans résultat.

Le malade entre à l'hôpital.

A l'examen, les mouvements du pied sont difficiles.

Douleur spontanée, vive à la pression, localisée surtout aux insertions des ligaments interne et externe de l'articulation.

La douleur est moins forte en avant au niveau des extenseurs et en arrière sur le tendon d'Achille.

Articulations médio-tarsiennes et phalangiennes absolument in-

demmes, de même que les autres articulations, sauf celles des doigts, qui l'ont fait souffrir pendant deux jours.

Le 25 mai. — Mouvement fébrile, le soir, 39°,3, le lendemain soir, 38°,5, puis plus rien.

Traitement. — Bains térébenthinés locaux un jour dans l'après-midi, le lendemain grand bain simple.

L'amélioration qui a débuté cinq à six jours après est progressive.

A sa sortie, le 18 juin, le malade peut marcher sans le secours d'un bâton.

Les douleurs du pied ont complètement disparu.

Etat général excellent.

OBSERVATION XXI.

R... Louis, 41 ans, mécanicien, hôpital Ricord, salle 6, n° 2.

Entré le 10 août 1895, avec arthrite du genou droit.

Le malade a contracté la blennorrhagie dans les premiers jours de juillet. L'écoulement est peu abondant et R... peut continuer son travail.

A la fin du mois le malade est pris brusquement de douleurs vives dans le genou droit.

Le genou gonfle lentement et l'épanchement atteint son maximum le 10 août, jour où le malade se décide à entrer à l'hôpital.

Le genou est très gros, les culs-de-sac de la synoviale sont distendus par le liquide.

Le cou de pied paraît avoir été pris légèrement avant le genou, tout a disparu de ce côté.

Traitement. — Bains locaux térébenthinés du 10 au 16 août. A ce jour le genou est diminué de volume et presque revenu à son état normal.

Mais le 12 août le malade s'est plaint de douleurs vives à la hanche droite.

Au 26 août, la guérison du genou est complète (15 bains locaux).

L'articulation coxo-fémorale est encore douloureuse.

Le 29 août, le malade guéri de ses localisations articulaires retourne chez lui, très anémique.

OBSERVATION XXXII

R... Pierre, 38 ans, mécanicien, entre à l'hôpital Ricord, salle 6, n° 34, le 23 octobre 1895.

Ce malade a eu une première blennorrhagie en 1878.

Le 1^{er} septembre 1895, il est repris de son écoulement.

Il le traite avec des bains rafraîchissants et des capsules de copahu dont il prend deux boîtes.

Le 20 septembre. — Il ressent des douleurs vagues d'abord dans les deux genoux et le pied gauche.

Le 8 octobre. — Le malade est pris de cystite.

Le 20 octobre. — Orchite droite.

A son entrée on constate des arthrites des genoux et du pied gauche.

Le 28 octobre. — Le coude gauche est pris à son tour.

Comme traitement on lui applique sur les jointures une pommade avec salicylate de soude et térébenthine, 4 grammes de salicylate de soude à l'intérieur. Régime lacté intégral.

L'orchite qui avait diminué reparait le 2 novembre d'une façon brusque et aiguë.

Le 4 novembre. — Le testicule gauche est pris à son tour.

Le 10 novembre. — L'état ne s'est pas amélioré.

Le 20 novembre. — La cystite est guérie. On donne au malade des bains térébenthinés alternant avec des grands bains simples.

Le 25 novembre. — Les genoux vont mieux surtout le genou gauche.

Le 28 novembre. — Les genoux sont très améliorés.

Sorti guéri le 8 décembre.

OBSERVATION XXIII

François Y..., 31 ans, chauffeur, entre salle 6, n° 31, le 4 mai 1895.

Deux blennorrhagies antérieures.

Entre à l'hôpital le 4 mai 1895 avec une blennorrhagie datant de quinze jours.

Depuis huit jours douleurs articulaires dans le genou gauche et dans le poignet droit.

Traitement. — A l'intérieur opiat et salicylate de soude.

A partir du 5 mai. — Lavages uréthraux quotidiens avec le permanganate de potasse à 1/4000.

Bains généraux térébenthinés quotidiens.

Le 23 mai. — Le malade sort guéri.

OBSERVATION XXIV

Charles G..., 23 ans, débardeur, entre le 22 juin 1895, salle 8, n° 7.

Première blennorrhagie de douze jours.

Le 22. — Le malade entre à l'hôpital.

Le 23. — On institue les lavages au permanganate de potasse pour combattre l'urétrite.

Le 25. — Première attaque de rhumatisme dans le genou gauche, puis cinq ou six jours après le pied est pris complètement.

Traitement. — Applications de pommade salicylée et térébenthinée sur les articulations.

Six bains locaux térébenthinés, le malade dit en éprouver beaucoup d'amélioration.

16 juillet. — Le malade quitte l'hôpital. La chaudepisse paraît complètement guérie, le cou de pied également.

Le genou seul est encore un peu douloureux.

Le 8 novembre. — Le malade rentre à l'hôpital avec la chaudepisse, et du rhumatisme dans les deux genoux. Il prend à l'intérieur l'opiat et le salicylate de soude, l'urétrite est traitée par les lavages au permanganate.

Bains généraux térébenthinés.

22 novembre. — Sort guéri.

OBSERVATION XXV

Jean C..., 19 ans, palefrenier, entre salle 6, n° 11, le 3 juillet 1895.

Blennorrhagie ancienne probable.

Entre à l'hôpital, le 3^e juillet 1895, avec une arthrite du cou de pied droit, datant de 19 jours, et une arthrite du coude gauche survenue seulement le 26 juin.

Traitement. — A l'intérieur, salicylate de soude 4 grammes. Opiat.

A l'extérieur : Bains locaux térébenthinés. Massage. Douches de vapeur.

Le 6 septembre. — Le malade sort guéri.

OBSERVATION XXVI

Léon B..., 19 ans, garçon marchand de vin, entre salle 8, n° 8, le 13 juillet 1895.

Première chaudepisse, le 25 mai, qui semble finie le 20 juin. Reprise au bout de quelques jours, le malade a pris de l'opiat pendant une dizaine de jours. Le malade se met à uriner du sang.

Le 13 juillet. — Il entre à l'hôpital. Goutte matinale quotidienne. Violentes douleurs en urinant.

Le 15. — Rhumatisme du gros orteil gauche et douleurs vagues dans le genou gauche.

Traitement. — A partir du 20 juillet tous les deux jours un bain local térébenthiné.

A l'intérieur : 4 grammes de salicylate de soude et opiat.

26 juillet. — Iritis gauche, traité par les instillations de la solution d'atropine.

Le 7 et le 8 août. — Apparition d'une conjonctivite rhumatismale double très intense.

13 août. — Herpès du gland et du prépuce.

22 août. — Le malade est complètement guéri d'une légère cystite, on lui ordonne alors des lavages au permanganate de potasse, et il reprend le salicylate de soude qu'il avait dû interrompre.

26 août. — Les douleurs rhumatismales ont disparu complètement, le malade commence à se lever et se plaint surtout de manquer de forces.

Ce n'est que le 17 septembre, que la guérison est complète et que le malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION XXVII

Louis J..., 21 ans, épicier, entre salle 7, n° 5, le 26 octobre 1895.

Pas de blennorrhagie antérieure.

Actuellement blennorrhagie de deux mois.

Arthrite d'un genou.

Pendant les trois premières semaines, traitement au salicylate de soude et à l'opiat.

Lavages uréthraux et vésicaux au permanganate de potasse (12 environ).

Bains locaux et généraux térébenthinés alternativement.

29 octobre. — Les urines sont claires mais contiennent encore des filaments.

6 novembre. — Le malade sort guéri de son arthrite.

OBSERVATION XXVIII

François N..., 32 ans, maçon; entre salle 6, n° 10, le 30 novembre 1895.

Première blennorrhagie en 1890.

Seconde blennorrhagie en décembre 1894, le malade conserve la goutte militaire.

Le 8 juillet. — Rhumatisme du genou gauche dont le malade souffre encore au 30 novembre.

Le malade entre à cette époque (8 juillet), dans le service de M. Humbert, il est traité par les bains térébenthinés.

Le malade est sorti non guéri.

12 octobre. — Le malade rentre trois jours après être sorti, souffrant toujours du genou gauche.

Le 8 novembre. — Il sort très amélioré.

Le 30 novembre. — Le malade rentre à l'hôpital pour la troisième fois. Le genou droit est pris depuis le 10 novembre et est le siège d'une hydarthrose légère.

Arthralgie des deux genoux.

Le malade s'était fait chez lui des badigeonnages de teinture d'iode.

Traitement. — Trois bains locaux, térébenthinés. A l'intérieur opiat.

5 décembre. — Le malade prend des bains sulfureux et du salicylate de soude.

12 décembre. — Applications de sable chaud.

15 décembre. — Amélioration considérable sous l'action des applications de sable chaud.

Le 24 décembre. — Le malade est sorti guéri.

OBSERVATION XXIX

Edmond B..., 27 ans, papetier, entre le 8 décembre 1895, salle 6, n° 34.

En 1887, première blennorrhagie qui dure six mois et paraît avoir guéri complètement.

En 1894, au mois d'août, seconde blennorrhagie.

Un mois et demi après rhumatisme du genou gauche qui dure depuis cette époque avec des poussées aiguës de temps en temps.

Soigné à cette époque à Tenon, par les pointes de feu et les applications de teinture d'iode, il en sort pas complètement guéri.

Vers le 8 novembre, le pied droit se prend et quinze jours après le talon gauche se prend à son tour.

Le 18 décembre. — Le malade entre à l'hôpital, son rhumatisme peut être alors considéré comme chronique.

Il souffre alors surtout des deux talons et du genou gauche.

Quant à l'écoulement le malade voit toujours une goutte le matin.

Traitement. — A l'intérieur, opiat, salicylate.

Lavages de l'urèthre au permanganate.

Bains locaux térébenthinés et application de pommade salicylée.

26 décembre. — L'état est le même qu'à l'entrée. Bains locaux tous les deux jours jusqu'au 25 janvier.

25 janvier. — Premier bain général térébenthiné, le malade souffre toujours du talon gauche, mais se sent mieux du talon droit.

30 janvier. — Le malade souffre toujours du talon gauche et du genou gauche.

1^{er}, 2 et 3 février. — Les douleurs et le gonflement augmentent.

Les mouvements sont extrêmement douloureux dans le pied et dans le genou.

Les 4, 5, 6 février. — L'état reste stationnaire.

7 février. — L'amélioration commence.

Le 9 février. — Le gonflement a notablement diminué. Au repos le malade ne souffre pas; mais il ne peut marcher sans ressentir une vive douleur dans le talon.

Du 10 au 20. — Bains locaux térébenthinés.

Jusqu'au 23 février. — Aucun changement notable. Le malade ne souffre pas au lit.

Le 24 février. — Le malade essaie de marcher, il marche à peu près pendant une heure en se forçant.

Amélioration notable, mais la guérison n'est pas complète, le malade ne pourrait pas rester debout ni marcher longtemps.

Sur sa demande, il est envoyé à Vincennes le 24 février.

OBSERVATION XXX

Louis B..., 47 ans, jardinier, entre le 28 décembre 1895, salle 6, n° 1.

En 1870, première blennorrhagie avec orchite. Guérison au bout de deux mois.

En 1871, fièvres paludéennes pendant trois mois et demi.

Actuellement, blennorrhagie de huit jours.

Le malade entre à l'hôpital le 28 décembre.

1^{er} janvier. — Cystite. Rhumatisme du pied gauche et de la main gauche. Application de pommade salicylée.

3 janvier. — Le genou droit se prend.

Application de pommade salicylée.

Salicylate de soude à l'intérieur.

Le malade souffre toujours beaucoup.

Lavages de l'urèthre au permanganate de potasse.

12 janvier. — La main gauche est guérie, mais le malade souffre toujours beaucoup du genou droit qui est distendu par une certaine quantité de liquide.

Douleurs dans le genou gauche.

Application de glace sur le genou droit.

19 janvier. — La douleur s'est calmée, l'épanchement n'a pas diminué mais n'a pas augmenté.

21 janvier. — On cesse les applications de glace pratiquées depuis neuf jours.

L'épanchement a beaucoup diminué et le malade va beaucoup mieux.

22 janvier. — Premier grand bain térébenthiné.

23. — Second bain.

25. — Troisième bain.

27. — Quatrième bain.

29. — Cinquième bain.

Puis tous les deux jours un bain.

30 janvier. — Le malade se sent beaucoup mieux et commence à se lever un peu.

1^{er} février. — Au point de vue de la douleur : amélioration progressive à la suite de chaque bain. Peu d'amélioration au point de vue du gonflement.

9 février. — Le malade ne souffre presque plus au repos, un peu seulement la nuit.

Il peut marcher, mais il souffre un peu dans le pied et dans le genou droit ; il ne peut marcher longtemps ni rester debout plus de 10 minutes.

Le mieux continue progressivement jusqu'à la fin du mois.

Le 2 mars. — Le malade quitte l'hôpital dans un état satisfaisant.

OBSERVATION XXXI

D... Joseph, 32 ans, garçon de salle, entre salle 7, n° 14, le 11 décembre 1895.

Février 1882. — Première blennorrhagie.

En 1887. — Seconde blennorrhagie.

Vers le 15 décembre 1895. — Début d'une troisième blennorrhagie.

Vers le 4 décembre. — Attaque de rhumatisme dans les articulations des deux pieds. Le pied droit est pris le premier, le pied gauche peu après. Le malade n'avait jamais eu d'attaque de rhumatisme antérieurement.

Traitement. — Application de pommade salicylée. Bains térébenthinés locaux quotidiens.

Le 22 décembre. — Le pied gauche est guéri.

Le 24 décembre. — Le pied droit est guéri et le malade quitte l'hôpital.

Le 4 janvier le malade rentre à l'hôpital parce que ses douleurs l'ont repris.

On recommence le traitement et le malade prend alternativement des bains généraux et des bains locaux térébenthinés (6 bains locaux et 6 bains généraux).

Le 21 janvier. — Le malade sort guéri.

OBSERVATION XXXII

L... Jean, 24 ans, garçon de café, entre salle 6, n° 13, le 26 janvier 1896.

Première blennorrhagie datant du 1^{er} janvier 1896 environ. Le malade se traite chez lui avec des tisanes et quelques capsules de copahu.

Vers le 23 janvier. — Rhumatismes de l'épaule droite et du genou gauche s'établissant à deux jours d'intervalle et rendant au malade tout travail impossible.

Le 26 janvier. — Il entre à l'hôpital. On fait sur le genou des applications de glace.

Le 30 janvier. — Le malade souffre moins du genou mais il se plaint de la douleur de l'épaule.

Traitement interne. — Opiat. 4 grammes de salicylate de soude par jour.

Du 1^{er} au 4 février les douleurs du genou ayant cessé on supprime les applications de glace.

L'épaule aussi commence à s'améliorer.

5 février. — La douleur et le gonflement du genou augmentent.

On recommence les applications de glace.

Pour la première fois le malade se plaint d'un léger gonflement du pied gauche accompagné de douleur.

6 février. — Le malade souffre beaucoup du genou et des deux pieds.

7 février. — Le genou s'est amélioré ; le malade souffre moins que les jours précédents. On supprime la glace sur le genou.

La douleur des pieds persiste.

9 février. — L'épaule est guérie.

L'amélioration du genou se maintient.

La douleur au niveau des pieds a notablement diminué.

Le 13 février. — Le malade ne ressent aucune douleur au repos. Les mouvements dans l'articulation du genou sont encore douloureux.

15 février. — Le malade commence à marcher. On lui fait prendre des bains locaux et généraux térébenthinés alternant de jour en jour.

21 février. — Le malade est très amélioré. Il va de mieux en mieux jusqu'au 7 avril.

7 avril. — Le malade sort guéri.

OBSERVATION XXXIHI

Paul R..., 25 ans, ébéniste, entre salle 6, n° 23, le 22 février 1896.

En juin 1891. — Première blennorrhagie et rhumatisme blennorrhagique du poignet droit. Quelques douleurs légères dans la cheville du pied gauche.

Sort le 12 juillet 1891 très amélioré. Il revient à la visite quinze jours après parfaitement guéri, il peut recommencer son travail.

La blennorrhagie persiste encore une dizaine de jours et disparaît complètement.

En février 1896. — Nouvelle blennorrhagie; deux semaines après le début de la blennorrhagie, rhumatisme du poignet droit et huit jours plus tard rhumatisme du gros orteil droit.

Le malade est traité par les bains locaux térébenthinés.

22 février. — Le malade entre à l'hôpital.

Traitement. — A l'intérieur opiat et salicylate de soude.

27 février. — Rhumatisme de l'articulation tibio-tarsienne gau-

che, coïncidant avec une élévation de la température générale qui de 37°,2 monte à 38°,3.

1^{er} mars. — Lavages uréthraux, au permanganate.

3 mars. — Rhumatisme de l'articulation sacro-iliaque droite avec douleur vive, le malade ne peut pas se remuer dans son lit.

7 mars. — On interrompt les lavages au permanganate de potasse.

11 mars. — Légères douleurs à l'épaule gauche.

27 mars. — Douleurs et gonflement de l'articulation du genou.

28 mars. — Premier grand bain térébenthiné. Le soir même légère amélioration.

Les jours suivants on continue les grands bains thérébentinés ; l'amélioration va toujours en augmentant.

11 avril. — Le malade est très amélioré. L'écoulement est guéri.

L'examen microscopique ne décèle plus de gonocoques.

Les lavages au permanganate sont supprimés et l'écoulement ne reparait plus.

Le 20 avril. — Le malade quitte l'hôpital dans un état satisfaisant n'ayant plus que de légères douleurs dans son genou.

OBSERVATION XXXIV

Louis S..., 26 ans, entre le 19 avril 1896, salle 7, n° 15.

Antécédents. — Première blennorrhagie à 18 ans, qui guérit sans laisser de traces.

A 24 ans, étant au régiment, le malade a des végétations qui sont enlevées et brûlées au nitrate d'argent.

Premiers jours de mars 1896, nouvelle blennorrhagie dont le malade s'aperçoit sept jours après le coït infectant.

Du 12 au 15 mars, environ quatre ou cinq jours après avoir constaté l'écoulement, le malade ressent des douleurs rhumatismales dans les articulations antérieures du pied droit. Il va à l'hôpital Saint-Louis, où il est traité par l'injection d'airiol précédée d'une injection d'eau boriquée.

Ce traitement est renouvelé tous les matins, sauf le dimanche, pendant deux semaines et demie.

Pas de traitement interne, le malade boit cependant un peu d'eau rouge.

La blennorrhagie très intense est modérée dès la troisième injection, l'écoulement disparaît presque entièrement.

Vers le 25 mars, environ, malgré cela, le rhumatisme gagne le talon gauche et peu après le genou gauche.

Traitement. — Du 7 au 19 avril, le malade prend quatre grands bains térébenthinés (250 grammes du mélange par bain).

Le 19 avril. — Le malade entre à l'hôpital.

Le traitement à l'airiol est terminé depuis douze jours sans avoir été suivi d'aucun autre traitement. Le régime même n'a pas été observé; cependant le malade n'a qu'un écoulement insignifiant dans lequel on ne trouve pas de gonocoques.

Le malade souffre du genou gauche et des deux talons.

Dès son entrée à l'hôpital, le malade est mis aux bains locaux térébenthinés qui lui donnent une grande amélioration. A l'intérieur, un peu de salicylate de soude.

Le 24 avril. — Le malade après quatre bains locaux n'accuse plus qu'un peu de douleur dans l'articulation du genou gauche.

Le 28 avril. — Le malade sort guéri.

OBSERVATION XXXV

Laurent F..., 37 ans, chapelier, entre salle 6, n° 1, le 5 octobre 1895.

Blennorrhagie de trois semaines.

Arthrite du poignet gauche depuis le 29 septembre.

Le malade entre à l'hôpital le 5 octobre.

Huit jours après, arthrites du coude et du genou gauche. Synovites tendineuses aux deux cous-de-pied survenant en même temps. Fièvre assez forte.

Trailement. — Alternativement, salicylate de soude et sulfate de quinine. Bains locaux térébenthinés.

10 novembre. — Légère amélioration qui va en augmentant peu à peu tous les jours jusqu'au 28 novembre.

5 décembre. — Les articulations vont beaucoup mieux, les chevilles seules font souffrir le malade.

9 décembre. — Commencement des bains généraux térébenthinés quotidiens.

15 décembre. — Applications de sable chaud.

25 décembre. — L'amélioration lente continue.

1^{er} janvier. — Le malade sort très amélioré.

OBSERVATION XXXVI

Isidore C..., 23 ans, garçon de salle, couché salle 6, n° 27, le 5 octobre 1895.

15 août. — Blennorrhagie, le malade se traite aux injections de sulfate de zinc et prend des capsules de santal.

Vers la fin d'août, rhumatisme à la cheville du pied droit.

Pendant 15 jours, il se soigne seulement en se faisant des applications de teinture d'iode.

Au commencement de septembre, le talon gauche est pris.

Le malade prend des bains térébenthinés locaux et généraux, il prend l'opiat à l'intérieur et se met aux lavages uréthraux de permanganate de potasse.

A la fin de septembre, le malade se trouve beaucoup mieux.

Le 2 novembre. — Arthrite du genou droit, le malade se remet au traitement par les lavages et les bains térébenthinés.

Du 10 au 20 novembre. — Amélioration lente.

25 novembre. — Même état. On fait au malade des applications de sable chaud.

28 novembre. — Même état. Pointes de feu.

5 décembre. — Amélioration très sensible, le malade a toujours des applications de sable chaud. Le talon gauche le fait encore souffrir.

Le malade va toujours en s'améliorant.

1^{er} janvier 1896. — Le malade est dans un état satisfaisant.

En plus des 26 observations que nous rapportons, nous pourrions relater en détail les observations de 53 autres malades traités par les bains térébenthinés. Pour ne pas nous répéter outre mesure, nous n'avons cité que les cas qui nous ont semblé les plus intéressants.

Tous ces malades (79 en tout), ont été soumis au traitement de l'uréthrite, soit par les lavages, soit par le traitement interne et les balsamiques; tous sont sortis de l'hôpital ou guéris ou suffisamment améliorés, sauf deux qui sont passés en chirurgie, pour subir une opération.

OBSERVATIONS

TRAITEMENT CHIRURGICAL.

Récidive après arthrotomie.

OBSERVATION XXXVII

Joseph L..., 20 ans, boucher, entre salle 6, n° 8, le 26 octobre 1895.

Première blennorrhagie en 1892, avec rechutes fréquentes depuis.

Au mois de mai 1895, arthrite blennorrhagique du genou gauche le malade entre à la Pitié chez M. Reclus. Arthrotomie faite par M. Reclus.

Le malade reste un mois à l'hôpital et est envoyé quinze jours à Vincennes.

Au bout de ce temps il a une rechute et retourne à la Pitié.

Entre à l'hôpital Ricord le 26 octobre avec arthrites des deux genoux datant d'environ trois mois.

Cicatrice opératoire visible sur la jambe gauche vers la partie externe et inférieure du fémur.

Traitement. — A l'intérieur salicylate de soude et opiat. Bains locaux térébenthinés.

10 novembre. — Etat stationnaire.

20 novembre. — On constate une légère amélioration qui depuis lors va toujours augmenter lentement.

Applications de sable chaud.

26 novembre. — Pointes de feu.

5 décembre. — L'état va toujours en s'améliorant sous l'influence des bains térébenthinés et des applications de sable chaud.

1^{er} janvier. — Le malade sort très amélioré.

OBSERVATION XXXVIII

Due à l'obligeance de M. Hartmann. Arthrotomie.

Eugénie A., couturière, âgée de 22 ans, entrée à l'hôpital, le 26 avril 1894.

Il y a six mois, cette malade a fait une chute sur les deux genoux. Dès le lendemain, débute une hydarthrose du genou droit, qui la force à rester couchée pendant un mois. La guérison est obtenue par des vésicatoires.

Trois mois après, nouvelle chute à la suite de laquelle le genou gauche commence à enfler; depuis lors, malgré des pointes de feu et des vésicatoires, l'état n'a pas changé et la malade est restée étendue.

Les culs-de-sac synoviaux sont distendus, la fluctuation est très nette, on perçoit le choc rotulien, et la pression est douloureuse, le triceps est légèrement atrophié.

On remarque à la partie supérieure du tronc et sur les membres

les traces d'une éruption survenue peu après le gonflement du genou gauche; à l'entrée de la malade à l'hôpital, cette éruption subsiste sous forme de taches légèrement cuivrées sans épaissement de la peau.

Au milieu de la commissure labiale gauche, on trouve une cicatrice étoilée, rappelant absolument celles des plaques muqueuses.

Avec le gonflement du genou gauche, ont coïncidé des pertes blanches qui, le jour de l'arrivée de la malade, existent toujours.

A l'examen des organes génitaux on constate, sur la face interne de la petite lèvre droite, l'existence d'une surface déprimée, longue de deux centimètres environ, large de cinq, à bords décollés, d'apparence cicatricielle, présentant une fistule dans laquelle le stylet s'enfonce à une profondeur de deux centimètres.

Ce trajet fistuleux, qui persiste depuis un an, a succédé à une bartholinite suppurée.

Après essuyage du méat, la pression de l'urèthre faite trois heures et demie après la dernière miction fait sourdre une goutte de pus.

Du vagin s'écoule une quantité abondante de pus laiteux.

Diagnostic. — Hydarthrose blennorrhagique.

Le 6 mai 1894 arthrotomie : incision à la partie supéro-externe du genou, suivie d'un lavage avec la solution phéniquée au 1/20. Après le lavage il reste dans l'articulation un mélange d'air et de liquide (Clapotement).

Pansement ouaté antiseptique sans drain ni suture.

Résultat. — Guérison complète avec intégrité des mouvements le 29 mai 1894.

Six mois après, la malade était restée parfaitement guérie; ensuite elle a quitté Paris pour la province; elle n'a pu être revue depuis, mais on a su que la guérison se maintenait toujours complète.

OBSERVATION XXXIX

Due à l'obligeance de M. Hartmann. Arthrotomie.

Magloire B..., âgé de 61 ans, entre à l'hôpital le 8 octobre 1894.

Ce malade a eu la fièvre typhoïde à 14 ans et une méningite à 15 ans, depuis il s'est toujours bien porté, mais à 61 ans a eu une blennorrhagie qui a duré huit mois.

Depuis une dizaine de jours il souffre de douleurs lancinantes dans le genou gauche, il continue son travail pendant un ou deux jours, mais la souffrance augmente et l'empêche de se livrer à ses occupations habituelles. Le genou commence à enfler et devient bientôt double de son volume primitif.

Aux douleurs lancinantes se joignent quelques picotements ressentis seulement par intervalles au niveau du cul-de-sac tricipital.

Au repos, le gonflement a un peu diminué.

A l'inspection on trouve une articulation gonflée surtout à la partie antéro-interne au niveau du cul-de-sac tricipital.

Le palper bi-manuel donne une fluctuation très nette.

Pas d'atrophie des muscles de la cuisse et de la jambe gauche ; pas de choc rotulien.

L'extension et la flexion sont très douloureuses, les mouvements sont presque impossibles à produire.

Les mouvements d'élévation du membre inférieur sont nuls.

L'examen des urines ne donne rien de particulier, ainsi que l'auscultation des poumons et du cœur.

Diagnostic. — Hydarthrose du genou gauche avec distension considérable des culs-de-sac.

Le 16 octobre 1894. — Arthrotomie à la partie supéro-externe de l'articulation et lavage avec une solution phéniquée à 1/20.

Le 7 novembre. — Le malade quitte l'hôpital guéri.

Le malade n'a pas pu être suivi depuis cette époque.

OBSERVATION XL.

Due à l'obligeance de M. Hartmann. Arthrotomie.

Auguste S..., âgé de 34 ans, employé à la préfecture de police, entré à l'hôpital, le 14 février 1896.

Il y a deux ans, blennorrhagie ayant duré deux mois et parfaitement guérie.

Le 15 janvier 1896. — Ce malade s'est aperçu qu'il avait un écoulement blennorrhagique, deux jours après, il se traite par des injections de permanganate; et le 19 janvier, dit-il, l'écoulement est complètement arrêté, cet état persiste pendant huit jours.

Vers le 22 janvier, le malade commence à souffrir du genou gauche, qui enfle surtout le soir. Pendant la marche, cette articulation est le siège de douleurs lancinantes qui se font sentir surtout après la marche ou lorsque le malade monte un escalier; elles cessent pendant le repos.

Vers le 27 janvier, l'écoulement reparaît. S... ne prend pas de médicament, mais boit seulement du lait.

L'état du genou ne s'améliorant pas et l'épanchement augmentant, le malade se met au lit, puis fait des applications de teinture d'iode, de baume tranquille, et finit par mettre un vésicatoire. A la suite de ce traitement, les souffrances et le volume du genou diminuent (On a pu le constater, le malade étant venu à l'hôpital deux jours avant son entrée).

Commémoratifs. — Le malade a eu des glandes étant enfant et porte à la face interne du bras droit une cicatrice d'abcès froid.

Il tousse souvent l'hiver.

L'examen du cœur et des poumons ne présente rien de particulier.

Etat actuel. — Le genou globuleux donne très nettement une sensation de liquide remontant à quatre travers de doigts au-dessus de la rotule.

On perçoit bien le choc rotulien. Sur les côtés de la rotule, les dépressions normales sont effacées et la fluctuation y est facilement reconnue; néanmoins, l'articulation n'est pas très tendue quoique contenant du liquide en quantité notable.

La rotule est visible et bien délimitée.

On ne découvre rien du côté du creux poplité, les mouvements sont peu diminués et nullement douloureux.

Le 17 février. — Intervention; arthrotomie, lavage avec une solution phéniquée au 1/20.

Le 24 mars. — Le malade quitte l'hôpital dans un état satisfaisant.

Le 26 mai. — Le malade a été revu, il marche facilement, mais au bout de peu de temps, il se sent fatigué et éprouve quelques douleurs vagues dans le genou gauche. Ce genou est resté plus volumineux que le droit.

Depuis une quinzaine de jours le malade dit ressentir des douleurs dans les deux genoux; il continue cependant à marcher, mais il est obligé de s'envelopper les deux genoux dans des bandes de flanelles un peu serrées.

CONCLUSIONS

I. — Le rhumatisme blennorrhagique est le résultat de l'infection générale de l'organisme par les microbes de la blennorrhagie qui le plus souvent ont leur localisation primitive dans l'urèthre.

II. — Dans tout rhumatisme blennorrhagique on devra instituer le traitement de l'urétrite à la fois par les balsamiques et la médication interne et les grands lavages uréthraux.

III. — *a.* — Les grands lavages de l'urèthre, et surtout les lavages au permanganate de potasse, constituent l'un des meilleurs moyens que nous ayons actuellement d'agir contre le gonocoque. Il est donc rationnel d'instituer les grands lavages uréthraux au permanganate de potasse dans tous les cas de rhumatisme blennorrhagique (à moins de contre-indications formelles tirées de l'état local, orchites concomitantes, cystites graves, etc.).

b. — Le traitement actif de l'urétrite (par la médication interne et les grands lavages uréthraux associés) est d'autant plus efficace que l'infection est plus récente.

c. — Le traitement de l'urétrite est le traitement pro-

phylactique par excellence du rhumatisme blennorrhagique, et s'impose surtout chez les malades qui ont eu déjà des manifestations articulaires à l'occasion d'une blennorrhagie antérieure.

IV. — Dans tous les cas il faudra combiner *le traitement général et le traitement local*.

Le traitement général comprend l'administration à l'intérieur du salicylate de soude et des balsamiques, et les grands lavages uréthraux au permanganate de potasse.

a. — Dans l'arthrite suraiguë le traitement local consistera dans l'application de glace et de pommade salicylée, l'immobilisation, l'enveloppement ouaté, et la compression modérée, la révulsion légère.

b. — Dans l'arthrite aiguë à son déclin, ou dans l'arthrite subaiguë sans fièvre, ou dans l'arthrite chronique on emploie le massage, l'électrisation, les pointes de feu dans certains cas rebelles; les applications de sable chaud qui n'ont pas encore été très employées et qui ont donné de bons résultats. Mais nous préconisons surtout les *bains très chauds térébenthinés* généraux ou locaux; ces derniers sont préférables, car ils permettent d'élever beaucoup la température et la dose du mélange térébenthiné.

V. — Il faut réserver l'immobilisation, aux quelques jours de durée des phénomènes suraigus et la faire cesser dès que cela est possible, on évitera ainsi le plus souvent l'ankylose. Nous pensons qu'un certain nombre des cas d'ankylose observés sont dus à une immobilisation prolongée outre mesure.

En effet, sur 110 malades... observés par nos maîtres et par nous il n'y a pas à relater un seul cas d'ankylose.

VI. — En face de ces résultats, il nous semble qu'on devra être très sobre de l'intervention chirurgicale : ponction ou arthrotomie, celle-ci sera réservée aux arthrites purulentes et aux arthrites séreuses graves. En tous les cas l'arthrotomie ne sera qu'une mesure palliative, car une opération ne peut remédier à une infection générale et l'arthrite même après guérison opératoire complète peut récidiver.

VII. — Dans l'immense majorité des cas le rhumatisme blennorrhagique doit guérir s'il est activement traité. On devra associer les traitements : le traitement général par l'administration du salicylate du soude et dans les cas chroniques quand l'uréthrite est finie, l'iodure de potassium, le traitement de l'uréthrite par les balsamiques à l'intérieur et les grands lavages uréthraux au permanganate de potasse et enfin le traitement local surtout par les bains térébenthinés. Ainsi traités les malades guérissent presque toujours sans intervention chirurgicale puisque sur 108 malades observés, deux seulement ont dû subir une opération chirurgicale.

Vu par le Président de la thèse,

BOUCHARD.

Vu par le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBERT. — Wiener Med. Press., 1876.
- AMARAL (d'). — Du rhumatisme blennorrhagique. Arthropathies graves avec amyotrophies. Thèse de Paris, 1891.
- AMARAL (d'). — Des raisons qui militent en faveur de la non spécificité du gonocoque. Société de dermat., 4 avril 1891.
- ANFUSO. — Le gonocoque de Neisser. Riforma medica, 5 février 1891.
- ARNAUD. — Traitement du rhumatisme blennorrhagique par les injections hypodermiques de sublimé. Bull. de thérap., 15 mars 1892.
- AUBERT. — Ponction du genou dans un cas de rhumatisme blennorrhagique. Absence de gonocoques. Lyon Méd., p. 493, 7 août 1887.
- AUDRY. — Bactériologie clinique du chancre simple et des blennorrhagies compliquées. Gaz. hebd. Paris, n° 9, p. 101, 1893.
- AUDRY. — Précis des maladies blennorrhagiques. In-8. Paris, 1894.
- AUVERGNIOT. — De la mono-arthrite blennorrhagique chez la femme. Thèse de Paris, 1890.
- BAISLE. — Rhumatisme blennorrhagique. Thèse de Paris, 1888.
- BALZER. — Thérapeutique des maladies vénériennes, 1 vol. Paris, 1894.

BALZER et LACOUR. — Uréthro-cystite blennorrhagique compliquée d'emblée de purpura infectieux. Annales de dermat., août-septembre 1894.

BALZER. — Contribution à l'étude du traitement du rhumatisme blennorrhagique par les bains térébenthinés. Annales de dermatologie, mai 1895.

BALZER. — Traitement du rhumatisme blennorrhagique. In traité de therap. de Robin, 1896.

BALZER. — Traitement du rhumatisme blennorrhagique. In traité de med. Brouardel et Girode, 1896.

BARTHÉLÉMY. — Traitement de la blennorrhagie. Soc. de dermat., 2 août 1894.

BASSET. — Rhumatisme blennorrhagique. Ann. de dermat., VII, n° 6, 1886.

BATUT. — Du rhumatisme blennorrhagique et des suppurations péri-articulaires à gonocoques. Midi méd., 23 septembre 1894.

BECLERE. — Rhumatisme blennorrhagique dans l'enfance. Soc. de méd. des hôp., 27 oct. 1893.

BOEGEHOLD. — Arch. f. klin. chir., 1882, t. XXVII.

BORDONI-UFFREDUZZI. — Des localisations du gonocoque dans l'organisme. Deutsch. Med. Woch., n° 22, 1894.

BOUCHARD. — Revue de méd., 1881, p. 671.

BOUCHARD. — Traité des maladies par ralentissement de la nutrition, 1885.

BOURCY. — Déterminations articulaires des maladies infectieuses. Thèse de Paris, 1883.

BOURGOIS. — De l'emploi du permanganate de potasse en thérapeutique, en particulier dans le traitement de la blennorrhagie. Bull. de therap. XCVIII, p. 9-59-108-162-211, 1879.

- BOUSQUET. — Observations d'arthrite blennorrhagique de l'articulation sterno-claviculaire. Rapport par Horteloup, in Bull. Soc. de Chir., 1885, t. XI, n° 11, pages 697-702.
- BREWER. — Considérations sur quelques points discutés de l'étiologie, du diagnostic et du pronostic de la blennorrhagie. Americ. méd. surg. bull., 1^{er} fév. 1895.
- BROSE. — Zur aetiologie. Diagnose und Therapie der weiblichen Gonorrhoe, Zeitschr. fur. Geb. und Gyn., XXVI, 1, 1894.
- BRUN. — Thèse de Paris, 1881.
- BUFFET. — Remarques sur la marche et le traitement du rhumatisme blennorrhagique. Normandie méd., 1^{er} sept. 1889.
- BUMM. — Recherches sur la gonorrhée de la femme. Arch. f. Gyn., 1886, p. 231.
- BUMM. — Assemblée des médecins et naturalistes allemands (Wiesbaden). Semaine méd., 1887, p. 428.
- BURCI. — Contribution à l'étude des synovites articulaires blennorrhagiques. Giorn. ital. del. mal. ven. Juin 1894.
- CHAUMIER (de Tours). — Etudes de clinique infantile. Tours, 1895.
- CHEVALIER (L.). Etude sur la pathogénie du rhumatisme dans le cours de la blennorrhagie. Thèse de Paris, 1895.
- CHIAISO et ISNARDI. — Rhumatisme blennorrhagique avec complications viscérales chez une enfant de 10 ans. Giorn. Acad. méd., Torino, LVII-2, 1894.
- CHOLTIER. — De l'arthrite blennorrhagique. Thèse de Paris, 1884.
- CHRISTEN. — Rhumatisme blennorrhagique et son traitement par l'arthrotomie. Thèse de Paris, 1893.
- COURTIN. — Traitement de l'arthrite blennorrhagique. Gaz. hebdomadaire de Bordeaux, 26 août 1894.

- DARIER. — Deux cas d'arthrite à la suite d'ophtalmie purulente.
Arch. ophtalm., 1887, p. 175.
- DEBRU. — De l'antisepsie et des lavages dans le traitement de
la blennorrhagie. Thèse de Montpellier, 1893.
- DEFRESSINE. — Thèse de Bordeaux, 1891.
- DELAROCHE. — Traitement de la blennorrhagie par les lavages
au siphon. Thèse de Paris, 1893.
- DEMBUISKI. — Sur les métastases des gonocoques. Norving lek.,
oct. 1894.
- DELPRAT. — Complications cardiaques du rhumatisme blennor-
rhagique. Thèse de Paris, 1882.
- DESNOS et LEMAITRE. — Rhumatisme blennorrhagique avec
complications cardiaques et accidents encéphaliques.
Progr. méd., n° 50, 1874.
- DETCHARD. — Traitement du rhumatisme blennorrhagique.
Thèse de Paris, 1895.
- DEUTSCHMANN. — Arthritis blennorrhœica. Alb. v. Græfe's.
Arch. für. Ophth., 1890.
- DIDAY. — Effets consécutifs des injections uréthrales dans le
traitement de la blennorrhagie. Innocuité au début.
Lyon méd., 28 mai 1882.
- Traitement anti-parasitaire de la blennorrhagie uré-
thrale. Insuccès du permanganate. Lyon méd. Juillet
1883.
- DUBOC. — Sur la nature du rhumatisme blennorrhagique et en
particulier celui du poignet. Thèse de Paris, 1881.
- DUBUJADOUX. — Arch. méd. milit., 1890, t. 15.
- DUPLAY. — Hydarthrose blennorrhagique et son traitement.
Bull. méd., 2 juillet 1890.
- Hygroma prérotulien suraigu d'origine blennorrhagi-
que. Un. méd., 26 août 1893.

- DUPOUY. — Du rhumatisme blennorrhagique. Thèse de Paris, A. Delahaye.
- DURET. — Bull. soc. anat. Paris, 1879.
- EHRMANN. — Traitement de la blennorrhagie et de ses complications. Wiener med. Press., 24 fév. 1895.
- FAYARD. — Le massage et la mobilisation appliquée au traitement des arthrites traumatiques et blennorrhagiques du genou. Thèse de Paris, 1893.
- FEULARD. — Erythème hémorrhagique chez un rhumatisant blennorrhagique. France méd., 14 mars 1885.
- FILIPPI. — De l'arthrite blennorrhagique et son traitement. Thèse de Paris, 1893.
- FINGER. — Diplococcus de Neisser et blennorrhagie. Wién. med. Press., n° 47, p. 1524, 1886.
- De la blennorrhagie latente chronique chez l'homme. Wiener med. Woch., 25 janvier 1890.
- Anatomie pathologique de la blennorrhagie chez l'homme. Arch. f. dermat. Ergänzungsheft, 1, 1891.
- FINGER, GHON, SCHLAGENHAUFER. — Sur la biologie du gonocoque et l'anatomie pathologique du processus blennorrhagique. Ann. mal. org. gen. ur., oct. 1894.
- FISCHER. — Un cas singulier de rhumatisme blennorrhagique. Münch. med. Woch., n° 2, 1887.
- FLEURY (de). — Arthrite blennorrhagique. Endocardite ulcéreuse. Mort. Journ. med. Bordeaux, 9 sept. 1883.
- FORSTER. — Le traitement idéal de la blennorrhagie. Journal of cutan. dis., sept. 1894.
- FOUCART. — Quelques considérations pour servir à l'histoire du rhumatisme blennorrhagique. Bordeaux, 1846.
- FOURESTIE. — Note pour servir à l'histoire d'une forme de rhumatisme blennorrhagique. Gaz. méd. Paris, nos 27, 32, 33. 1875.

FOURNIER. — Dictionnaire Jaccoud. Blennorrhagie.

— Du rhumatisme blennorrhagique. Ann. de dermat., 1869.

— Ann. de dermat., 1892, p. 1897.

FRAENKEL. — Charité annal., 1883, p. 182.

FRAENKEL. — Rhumatisme poly-articulaire blennorrhagique compliqué de sciatique. Berlin Klin. Woch., 23 août 1886.

FRASER (R.). — De l'inefficacité des préparations salicyliques dans le traitement du rhumatisme aigu blennorrhagique. Edimbourg med. journ., 1^{er} juillet 1886.

FRIEDERICH. — Des complications de la blennorrhagie. Thèse de Zurich, 1887.

GALLOZZI. — Arthrite blennorrhagique du genou avec ankylose. Morgagni, juin, 1894.

GASTOU. — Rhumatisme nouveau blennorrhagique. Soc. dermat., 10 nov. 1895.

GAUCHER. — Thèse d'agrégation, 1886.

GERVAIS DE RONVILLE et DONNET. — De l'arthrotomie dans les épanchements non purulents du genou. Arch. gén. méd., avril 1894.

GLAESER. — Existe-t-il un rhumatisme blennorrhagique. Jahrb. Hamburg. Staatskr., III, 2, 1894.

GOSSELIN. — Leçon sur l'arthrite blennorrhagique. Gaz. d. hôp., 18 sept. 1877.

GOSSELIN. — Clinique chir. de la Charité, tome II, 1879.

GOSSELIN. — Arthrite scapulo-humérale d'origine blennorrhagique. Gaz. d. hôp., n° 131, 14 nov. 1881.

GOSSELIN. — Arthrite blennorrhagique et ankylose. Gaz. d. hôp., n° 17, 10 fév. 1881, 2 mars 1882.

GRANET. — De l'ankylose dans l'arthrite blennorrhagique. Thèse de Paris, 1877.

GRIES. — Du rhumatisme blennorrhagique. Thèse de Paris, 1875.

- GOURGUES (O.). — Du permanganate et de son emploi en thérapeutique, principalement dans la blennorrhagie. Thèse de Paris, 1881.
- GUEPIN. — Traitement de l'arthrite blennorrhagique. Gaz. méd. Paris, 3 mars 1894.
- GUIARD. — La blennorrhagie chez l'homme. Paris, 1894.
- GUINON. — Sur l'arthropathie blennorrhagique des enfants. Rev. malad. de l'enf., janv. 1893.
- GUITERAS. — Rhumatisme blennorrhagique et son traitement. N. Y. méd. Journ., 24 mars 1874.
- GUYON. — Ann. gén. ur., 1890, p. 379.
- GUYON. — Congrès français de chirurgie, 1892.
- HASLUND. — Vierteljahr. f. Derm. und Syph., 1880, p. 382.
- HASLUND. — Vierteljahr. f. Derm. und. Syph., 1884, p. 359.
- HAUSHALTER. — Rhumatisme blennorrhagique chez le nouveau-né. Congrès de médecine de Bordeaux, 1895.
- HEINECKE. — Deutsch. med. Wochens., p. 564.
- HENOCH. — Blennorrhagie vaginale, avec arthrite du poignet gauche chez une fillette. Berlin Klin. Woch., 23 août 1886.
- HENRIQUE (J.-B.). — Du rhumatisme dit blennorrhagique. Thèse de Paris, 1878.
- HENRY. — Urethral arthritis. Gonorrheal Rheumatism. Internat. clin. of Phila., 1893, 3^e s. III 238-241.
- HERMET. — Des altérations de l'ouïe dans le rhumatisme blennorrhagique. Union méd., 25 déc. 1884.
- HEUMANN. — Etude clinique et bactériologique sur le gonocoque. Méd. rec., 22 juin 1895.
- HEWES. — Two cases of gonorrheal rheumatism with specific bacterial organisms in the blood. Boston med. and surg. 22 nov. 1894.

- HOPENHENDLER. — De l'arthrotomie précoce dans le traitement de l'arthrite blennorrhagique du poignet. Thèse de Paris, 1894.
- HUGUENARD. — Note sur un cas de rhumatisme blennorrhagique à forme noueuse. Rec. de mém. de méd. mil., n° 192, 1879.
- HUTCHINSON. — Remarques sur le rhumatisme blennorrhagique. Med. Press. and Circular., 7 juillet 1881.
- JACOB et GOLDMANN. — Suppuration des gaines tendineuses blennorrhagiques et des métastases gonorrhéiques. Berlin. z. Klin. chir., XII, 3.
- JACQUET. — Recherches cliniques et bactériologiques sur le rhumatisme blennorrhagique. Annales de dermat., III, 6, 1892.
- JALAGUIER. — Thèse d'agrégation, Paris, 1886.
- JANET. — Traitement de la phase gonococcique de la blennorrhagie. Semaine méd., 14 janvier 1893.
- JEANSELMÉ. — Troubles trophiques dans la blennorrhagie. Ann. dermat., VI, 6, 1895.
- JESSOP. — British med. journ., fév. 1871.
- JOUIS. — Quelques considérations sur certaines formes d'arthrites blennorrhagiques. Thèse de Paris, 1891.
- JULLIEN. — Traitement du rhumatisme blennorrhagique par les mercuriaux. Soc. Dermat., 15 mai 1891.
- — — — — Traité pratique des maladies vénériennes.
- KAMMERER. — De l'arthrite blennorrhagique. Centralblatt. f. chirurgie, n° 4, p. 49, 1884.
- KIPPEL. — Deux cas d'arthrite blennorrhagique. Ann. méd., chir., 1887, p. 145.
- KOHLER. — Contribution à l'étude de la thérapeutique de la blennorrhagie au stade gonococcique. Wiener Med. Press., 30 déc. 1894.

- LANGA. — Du rhumatisme vague dans la blennorrhagie. Thèse de Bordeaux, 1883.
- LANZ. — La question de l'incubation dans la blennorrhagie. Arch. f. dermat., XXV, 13-1893.
- LAPERSONNE (de). — Des arthrites infectieuses. Thèse d'agrégation. Paris, 1886.
- LARAMÉE. — Du rhumatisme blennorrhagique. Union méd. Canada, avril 1883.
- LASSALLE. — Arthrite blennorrhagique et arthrotomie. Journ. mal. cut. Fév. 1894.
- LELOIR (H.). — Contribution à l'étude du rhumatisme blennorrhagique. Thèse de Paris, 1818.
- LEMONNIER. — Première blennorrhagie à longue incubation. Rhumatisme à l'état latent pendant 24 jours, brusquement déclaré le vingt-cinquième jour, à la suite d'un voyage. Soc. dermat., 9 juin 1892.
- LEMOYNE DE MARTIGNY. — De la blennorrhagie et de son traitement par les lavages sans sonde au permanganate de potasse. Thèse de Paris, 1894.
- LILIENTHAL. — Sur le rhumatisme aigu gonococcique. Boston med. journ., 24 janv., 1895.
- LINDERMAN. — Beitrag. zur. Augenheilk., 1892, p. 31.
- LINDERMAN. — Revue générale d'ophtalmologie, 1892, p. 473.
- LISTER. — Œuvres choisies, traduction Barginon, 1882, p. 301-354.
- British med. journ., 26 août 1871, tome 2, p. 232.
- LOP. — Arthrite mono-articulaire consécutive à une vulvite à gonocoques, chez une petite fille de deux ans. Gaz. des hôp., 7 avril 1892.
- LUCAS (C.). — British med. journ., juillet 1885.
- LYON. — Le rhumatisme blennorrhagique. Ann. de méd., 27 mai 1891.

- MACAIGNE ET FINET. — Synovite gonococcique secondaire à une balanite sans blennorrhagie. Soc. anat. Paris, 1^{er} juin 1894.
- MAC DONNEL. — Complications cardiaques dans le rhumatisme blennorrhagique. Americ. journ. of med. sc., janv. 1891.
- MANLEY. — Arthrite blennorrhagique. Americ. journ. of med. sc., juillet 1894.
- MANTEGAZZA. — Sur le traitement de la blennorrhagie par le permanganate de potasse. La sperimentale, p. 81, 1894.
- MANTEGAZZA. — Résultats de l'emploi du permanganate de potasse dans la blennorrhagie. Giorn. ital. mal. ven., XXX, 1-1895.
- MAURIAC. — Synovites tendineuses symptomatiques de la syphilis et de la blennorrhagie. Gaz. d. hôp., 1875, 1^{er} avril.
- MAURIAC (de Bordeaux). — Rhumatisme blennorrhagique, traité sans aucun succès par le salicylate de soude et le chlorhydrate de triméthylamine. Gaz. méd. Bordeaux, n° 14, 1877.
- MAURIAC. — Blennorrhagie et arthropathies blennorrhagiques. Soc. française dermat., 20 avril 1890.
- MAYMOU. — Synovite tendineuse blennorrhagique, 1875, in-8°, et Arch. gén. méd., nov. et déc., 1885. T. II, p. 555 et 653.
- MIBELLI. — Traitement de l'urétrite par le permanganate de potasse. Monat. f. Prakt. Dermat., XIX, 6, 1894.
- MICHEL. — Sur un cas de rhumatisme blennorrhagique, à forme d'hydarthrose (Union méd. Nord-Est, n° 7, p. 236, 1890).
- MIROPOLZKY. — Traitement de l'arthrite blennorrhagique par le cataplasme de Trousseau. Thèse de Paris, 1890.
- MONCORVO. — Le rhumatisme blennorrhagique chez les enfants. Méd. infant., juillet 1894.
- MORAX. — Progrès méd., 1892, p. 303.

- MOREL (E.) — Des complications cardiaques de la blennorrhagie. Thèse de Paris, 1878.
- MOREL-LAVALLÉE. — Du mercure administré à l'intérieur dans les arthropathies blennorrhagiques. Soc. dermat., 4 avril 1891.
- MOREL-LAVALLÉE. — Peut-on avoir la chaudépisse sans le savoir ? Ann. mal. org. gén. ur., déc. 1893.
- MORGAN. — Ouverture et drainage des articulations, 1877-79. St-Georges Hosp. Rep., T. IX, p. 763.
- MORI (de Brescia). — Traitement des synovites aiguës. Gaz. méd. Ital. Lomb. Milano, 1885, n° 29-33.
- MORRIS. — A propos du rhumatisme blennorrhagique. Intern. Journ. of surg., p. 126, 1889.
- NEISSER. — Le micrococcus de la gonorrhée. Revue. Deutsch. Med. Woch., n° 20, 1882.
- NICAISE. — Cité dans la thèse de Jalaguier. Agrégation, 1886, p. 63.
- NICOLAS. — Contribution à l'étude de l'arthrotomie antiseptique. Thèse de Nancy (1883).
- OZENNE. — Périostite de la face interne du tibia et synovite tendineuse des extenseurs du pied d'origine blennorrhagique. Soc. dermat., 12 mars 1891.
- PAQUET. — Kyste articulaire et périarticulaire du genou. Kyste de la bourse prérotulienne. Synovite des tendons de la patte d'oie observés simultanément et consécutivement à la blennorrhagie chez la femme. In-8°. Roubaix, 1877.
- PATRIS DE BROE. — Thèse, 1889.
- PASQUA. — Du traitement de la blennorrhagie par l'hydrate de chloral en injections uréthrales. Bull. de thérap., XCVIII, p. 224, 1880.

- PATOIR. — L'infection blennorrhagique. Ses accidents généraux et manifestations à distance. Thèse de Lille, 1892.
- PERCHET. — Arthrite blennorrhagique. Étiologie et pathogénie. Thèse de Paris, 1888.
- PETER. — Accidents rhumatismaux dans le cours de la blennorrhagie. Union méd., 1866, p. 420.
- PETRONE. — De la nature infectieuse du rhumatisme blennorrhagique. Gaz. d'Ospii., n° 66, 1886.
- PETRONE. — Sulla natura parasitaria dell' arthrite blennorrhagica. Revista. Clin. di. Bol. Fev. 1883.
- PHILPOT. — Rhumatisme blennorrhagique survenant à l'âge de 9 ans. Lancet., oct. 1888.
- PHOTIADES. — Du traitement de l'arthrite blennorrhagique par l'électricité. Gaz. hebd. méd., 4 mai 1888.
- PINKNEY HOWARD. — A cheap and effective terebenthine bath. Med. Rec. N. Y., 1887, XXXIII, 242.
- POLOSSON. — — Synovite tendineuse blennorrhagique. Lyon méd., p. 98, 20 mai 1888.
- POTHERAT. — Semaine Méd., 30 avril 1892, n° 22, p. 173.
- QUINQUAUD. — Quelques mots sur les manifestations rhumatismales de la blennorrhagie. Gaz. d. hôp., 1875, nos 7, 14, 17, 21 et 24 août.
- RAILTON. — Observation de blennorrhagie accompagnée de rhumatisme aigu et d'endocardite. Brit. Med. Journ., p. 1142, juin 1884.
- RAYAUD. — Des lésions péri-articulaires d'origine blennorrhagique. Thèse de Paris, 1895.
- RAYMOND. — Arthropathies multiples et atrophie musculaire généralisée consécutive en rapport probable avec une infection blennorrhagique. Gaz. méd. Paris, 3 janv. 1891.
- RAYNAUD. — De la nature infectieuse de la blennorrhagie. Journ. mal. cut., février 1890.

RENDU. — Arthrite blennorrhagique suppurée. Ponction et injection intra-articulaire de sublimé. Guérison. Soc. méd. d. hôp., 24 mars 1893.

RESNIKOW. — De l'arthrite blennorrhagique. Central. f. Gynaek., 11 août 1894.

RESPIGHI et BURCI. — Contribution à l'interprétation de la pathogénie des synovites articulaires blennorrhagiques. La Sperimentale sezione clin., p. 426, 1894.

REVERDIN (A.). — Traitement de la blennorrhagie par les injections de permanganate de potasse. Revue Méd. Suisse romande. XII, p. 384, juin 1892.

RICHARDIÈRE. — Rhumatisme blennorrhagique dans l'enfance. Soc. méd. d. hôp. Journ. clin. infant., 1^{er} nov. 1893.

RISSE. — Culture du gonocoque. Riforma méd., 24 mai 1892.

ROUANET. — Recherches sur le sang, l'urée et la température au cours de la blennorrhagie. Arch. méd. Toulouse, 1^{er} juillet 1895.

ROUSTAN. — Lésion péri-articulaire de nature blennorrhagique. Montpellier méd., mars 1880, p. 199.

ROUX. — Arthrites blennorrhagiques. Recherches bactériologiques. Résultats négatifs. Prov. méd., 12 juillet 1890.

RUBINSTEIN. — Traitement des inflammations blennorrhagiques des bourses muqueuses et des articulations. Thérap. mon., août 1890.

SAINTI. — Cas de rhumatisme blennorrhagique récidivant. Giorn. med. d. r. esercito. Mars 1891, n° 4, p. 448.

SCHULLER. — Traitement de l'arthrite blennorrhagique par l'iodure de potassium. Gén. méd., 1890, Annexes, p. 158.

SCRIBA. — Berlin Klin. Woch., 1877, n° 22, p. 460.

SÉE. — Le gonocoque et les manifestations blennorrhagiques. Gaz. d. hôp., 10 novembre 1894.

SENATOR. — Arthrite blennorrhagique. Riforma méd., 8 juin 1894.

SMIRNOFF. — Zur aetiologie der gonorrhöischen arthritis
Wratch, 1886, 31 et Vierteljahr. für dermat. Heft 2, Hefte,
1, 1887.

SOBOTH. — Un cas d'arthrite blennorrhagique, Prag. Wo-
chensch. 27 nov. 1893.

SONNENBURG. — Arthrite blennorrhagique de la hanche termi-
née par carie. Berlin Klin. Woch., 23 août 1886.

SOREL (F.). — Note sur la fièvre dans le rhumatisme blennor-
rhagique d'après un cas de synovite tendineuse. Revue
mens. de méd. et chir., p. 574, août 1878.

SOREL. — Note sur deux cas de blennorrhagies aiguës guéries
complètement en quinze jours par le permanganate.
Normandie méd., 1^{er} septembre 1893.

SOUPLET. — La blennorrhagie maladie générale. Thèse de Paris,
1893.

SPENCER. — Du traitement des formes rebelles du rhumatisme
blennorrhagique. Sem. méd., 7 juin 1894.

SPILLMANN et HAUSHALTER. — Revue de méd., 1891, p. 651.

STANZIALE. — Le rhumatisme blennorrhagique. Gaz. d. osp.,
11 fév. 1893.

STARK. — La pathogénie du rhumatisme blennorrhagique N.
Y. M. d. Rec., 20 août 1892.

STEINSCHNEIDER. — Ueber die cultur. d. gonoc. Berlin klin.
Woch., 17 et 24 juillet 1893.

STERN. — Arthrite blennorrhagique. Münch. méd. Woch., 49,
p. 872, 1892.

STRATIGOPOULOS. — Thèse de Montpellier, 1888.

STRUEMPELL. — Des arthrites blennorrhagiques chroniques.
Münch. méd. Woch., 14 janv. 1890.

- STRUPPE. — Rhumatisme blennorrhagique. Wiener-méd. press., n° 47, 1883.
- TALAMON. — Du rhumatisme blennorrhagique. Revue gén. Revue mens. de méd. et de chir., 1^{er} janv. 1878.
- TÉDENAT. — Observations in thèse de Stratigopoulos.
- TIXIER. — Thèse de 1866.
- THERESE. — Arthrite blennorrhagique. Gaz. des hôp., 31 mars 1894.
- THIBIERGE. — Arthrite sterno-claviculaire d'origine blennorrhagique. Semaine méd., 23 mars 1892.
- THIÉRY. — Bull. soc. anat. Paris, 1892, p. 712.
- THIRARD. — Traitement chirurgical des arthrites non suppurées. Thèse de Paris, 1894.
- THOMAS. — Etude sur le rhumatisme blennorrhagique. Thèse de Bordeaux, 1882.
- THOMAS. — Endocardite et embolie cérébrale dans le cours d'un rhumatisme blennorrhagique. Med. News, 47 déc. 1892.
- TILLAUX. — Leçon clinique, 1894.
- TIXERON. — Traitement des infections blennorrhagiques chez la femme par le permanganate de potasse.
- TOMMASOLI. — Du rhumatisme blennorrhagique. Giorn., ital. d. mal. vénér., n° 5, 1884.
- TOMMASOLI. — Sur la nature de l'arthrite blennorrhagique. Giorn. ital. d. mal. vén., XXII, 1, 1887.
- TOURETTE. — Contribution à l'étude de l'arthrotomie trans-osseuse. Thèse de Paris, 1892-1893.
- TURRO. — Culture du gonocoque et blennorrhagie expérimentale. Centralblatt. f. Bakt. und Parasit., XVI, n°s 1 et 2 1884.
- VANUXCEM. — Sur le rhumatisme blennorrhagique chez l'enfant. Thèse de Paris, 1895.
- VAUGHAN. — Ann. Med. surg. bull. N.-Y. 1894, vii, 1096-1100.

- VIDARD. — Thèse de Paris, 1873.
- VIDAL. — Eruption généralisée et symétrique de croûtes cor-
nées avec chute des ongles d'origine blennorrhagique,
coïncidant avec une poly-arthrite de même nature.
Récidive à la suite d'une nouvelle blennorrhagie deux
ans après la guérison de la première maladie. *Annal.*
de dermat., IV, 1892.
- VIGNEAUDON. — Arthropathie blennorrhagique chez l'enfant.
Revue mens. de mal. de l'enf., mai 1895.
- WATSON-CHEYNE. — Antiseptic surgery, 1882, p. 442.
- WELANDER. — *Arch. f. dermat. und. Syph.*, t. XXIX, p. 72. *Revue*
de méd. chir. d'obstet., 1892, n° 6.
- WERTHEIM. — Contribution à l'étude de la blennorrhagie. *Prager*
Medic. Woch., 1891, n° 23-24, p. 265.
- WERTHEIM. — Culture pure du gonocoque. *Deutsch. med.*
Woch., 1891, p. 135.
- WERTHEIM. — *Centralblatt. f. gyn.*, 1892, n° 20.
- WIDAL. — Pseudo-rhumatismes infectieux, in *traité de méd. de*
Brouardel et Girode, 1896.
- WIDMARK. — *Jahr. f. Kinderheil*, 1886. *Revue mensuelle des mal*
de l'enf., 1886, p. 473.
- WILMANS. — Sur le rhumatisme blennorrhagique. *Münch. med.*
Woch., 38, 1894.
- WOLF et LEWIN. — Sur les cultures et le rôle pathogénique
du gonocoque. *Berlin. Klin. Woch.*, p. 131, 18 juillet
1892.
- YAROCHEWSKI. — Arthrite blennorrhagique. Symptômes
médullaires consécutifs. *Med. Obosrenie*, n° 4, 1890.
- ZEISSL. — *Traité clinique de thérapeutique des maladies véné-*
riennes. Paris, 1888.

